FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

N° 906

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

BLAIS Jacques

Né le 20 Juin 1943 à POISSY - 78

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

WORLD HEALTH ORGANISATION ' S ACTION IN THE FIGHT AGAINST ALCOHOLISM

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BLANCHER

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

BLAIS Jacques

Né le 20 Juin 1943 à POISSY - 78

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

WORLD HEALTH ORGANISATION ' S ACTION IN THE FIGHT AGAINST ALCOHOLISM

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BLANCHER

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1er/3/1968

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Chaymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)

	MM.
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LŒPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)

	MM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Cliniques médicales — —	CONTE (M.)
Cliniques médicales — —	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHET (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)		DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
à titre personnel		BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	CERRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)

	MM.
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine.	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

ATTENTION

Ne pas omettre, **dans chaque exemplaire de thèse**, l'impression, après les conclusions, du **permis d'imprimer.** Le dépôt des **105** exemplaires (formats in-8° imprimé ou in-4° dactylographié) est effectué à la Bibliothèque qui en délivre reçu autorisant la consignation pour l'examen.

Les thèses, exceptionnellement dactylographiées en 6 exemplaires (dépôt provisoire sous réserve de l'impression ultérieure avant remise du diplôme de doctorat) ou en **105** exemplaires (dépôt définitif), doivent être de format in-4°, agrafées, paginées, recouvertes d'une chemise et comporter la même présentation. (Circulaires ministérielles du 5-1-1943 et du 23-7-1952).

Les exemplaires non conformes **ne sont pas admis au dépôt.**

M. 446 — Paris, Imp. Administrative Centrale, 8, rue de Furstenberg (1-68) U 1024

A ma Femme ,

A ma Famille .

A Monsieur le Professeur C. BLANCHER

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive à la Faculté de Médecine de PARIS,

Qui m'a fait le grand honneur

d'accepter la présidence de cette thèse ,

En hommage respectueux .

Au Docteur Pierre F O U Q U E T

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,

Dont les conseils m'ont guidé pour ce travail,

Avec toute ma gratitude.

A Monsieur Archer T O N G U E

Directeur du Conseil International sur les

problèmes de l'Alcoolisme ,

En remerciement pour son aide .

" Pour moi, en effet, voilà justement au moins une vérité
" dont l'évidence est résultée de la pratique de la médecine ,
" c'est que l'ivresse est funeste au monde "

P L A T O N - "LE BANQUET" -

SOMMAIRE

I.- L'ALCOOLISME ET SON EXTENSION DANS LE MONDE 1

1.- Généralités 1

2.- Evolution de l'alcoolisme 3

- Antiquité au XIX° siècle
- Ere néotechnique
- 1940 à nos jours

3.- L'Alcoolisme dans le monde 9

- En France 10
- Dans le monde 14

II.- ACTION DE L'O.M.S. DANS LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ... 18

1.- Qu'est-ce que l'Organisation mondiale de la Santé ? . 18

- Structures
- Méthodes

2.- Lutte contre l'Alcoolisme 27

- Introduction
- Section de Santé Mentale
- Comités d'Experts de l'Alcool
- Bureau International contre l'Alcoolisme
- Congrès, Colloques, Symposia
- Publications et Informations
- Archives
- Film
- Services consacrés au problème de l'alcool

3.- Lutte contre l'Alcoolisme dans le cadre de la dépendance à l'égard des drogues 50

- Position actuelle du problème 52

III.- CONCLUSIONS 56

IV.- BIBLIOGRAPHIE 58

I.-. L'ALCOOLISME
ET
SON EXTENSION
DANS
LE MONDE

1.- GÉNÉRALITÉS

NOE fut le premier homme à éprouver l'ivresse . Mais, comme nous dit la Bible : " il ignorait les maléfices du liquide obtenu par le fruit de sa vigne " .

Au-delà de cet aspect légendaire, nous devons aux rapports des anthropologues de connaître l'existence et l'usage des boissons alcoolisées, quelques dix millénaires avant l'ère chrétienne . Des boissons contenant de l'alcool pouvaient, en effet être produites à partir de jus sucrés provenant de divers végétaux laissés à l'air libre, et avec l'action conjointe de levures . On avait rapidement identifié ces liquides comme susceptibles de produire des effets physiologiques particuliers exaltant l'individu et apportant l'ivresse. Leur fabrication était secrète et difficile . Aussi ardu était le problème de la conservation, et on peut estimer avec juste raison que, seule, la découverte de la céramique, quatre mille ans avant notre ère, permit de stocker ces boissons dont la production était abondante .

L'usage de ces liquides fut d'abord réservé aux prêtres lors de pratiques religieuses, puis, par "profanation de la coutume" , s'est pratiquement étendu, lors de festivités tribales, familiales, de rites d'imitation, de cérémonies de mariage, de funérailles, etc .....

Si donc, dès les temps immémoriaux, l'ivresse était connue, il fallut attendre 1849, avec l'oeuvre de Magnus HUSS, pour voir apparaître ce vocable maintenant si répandu de part le monde : Alcoolisme, désignant un comportement humain banal, qui caractérise surtout les effets produits par l'ingestion massive et fréquente de boissons alcoolisées . Et le mérite de Magnus HUSS fut de discerner parmi les manifestations pathologiques très diverses allant de certaines malades hépato-digestives aux atteintes neuro-psychiques une cause commune : l'intoxication alcoolique . Cette première vue synthétique du phrénomène et de ses conséquences eut un retentissement immédiat considérable, et constitue pour nous un jalon historique important .

Le mouvement alcoolique est né de là, et on en vit les grandes lignes se développer durant un siècle, de Magnus HUSS à JELLINEK, et s'en marquer les progrès, les limites et les échecs.

Sur un plan médical, d'une part, avec une multitude de travaux cliniques, décrivant les conséquences toxiques de l'alcoolisme, sans pour autant que les soins soient précoces et efficaces, et encore une grande ignorance de la part des autorités de santé publique .

Sur un plan social d'autre part, où disparaît le vocable d'ivrognerie avec la note péjorative de condamnation morale qu'il implique, mais où l'alcoolisme reste un vice .

Plus tard furent mis en évidence, à la lumière des études de LECOCQ et de FOUQUET, le facteur toxique et le facteur psychique qui interviennent dans les tableaux cliniques connus de l'état d'alcoolisme chronique, et les formes cliniques décrites dès 1949 par FOUQUET, sous les noms particuliers d'alcoolites, alcooloses et somalcooloses .

Au total, depuis la mise en évidence d'un cas fortuit de désintoxication alcoolique le 31 Août 1938 à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, et le dépistage parallèle du stigmate humoral de l'intoxication, jusqu'aux plus modernes méthodes d'association de désintoxication humorale et d'artifices d'interdiction et de dégoût, avec la psychothérapie, les post-cures, en passant par la découverte, en 1948, du Disulfirame, et le Premier Symposium International de 1951 (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE), c'est toute une immense cohorte d'hommes qui ont été concernés, et qui seront de plus en plus concernés par la lutte contre l'alcoolisme, du chercheur au buveur repenti .

Il est mort 34.490 personnes par alcoolisme en France en 1966, cela suffit pour atteler à la lutte un maximum d'individus disposant d'un maximum de moyens .

2.- EVOLUTION DE L'ALCOOLISME

" Héritière directe des traditions grecques et latines " qui tenaient le vin pour sacré (mystère de la fermentation), notre " civilisation méditerranéenne occidentale a maintenu et développé cette " croyance lors de l'établissement du Christianisme,. L'expansion reli- " gieuse fut intimement liée à celle de la culture de la vigne jusqu'à " la fin du Moyen Age, le vin étant matière indispensable à la célébra- " tion de la messe . Plus tard, l'industrialisation, en augmentant la " production d'alcool, a contribué au développement de l'alcoolisme . " Les forts intérêts économiques engagés et une exploitation publici- " taire qui n'hésitait pas à s'appuyer sur le "culte" du vin avaient " accrédité la fiction selon laquelle le vin, boisson fermentée et di- " vine, ne pouvait causer l'alcoolisme, maladie honteuse, produite ex- " clusivement par les boissons distillées . "

C'est là ce que nous rapportent Pierre FOUQUET et Daniel CHAMPEAU dans leur rapport intitulé : " L'église catholique romaine dans un pays de viticulture " au 28ème Congrès International sur l'alcool et l'alcoolisme de WASHINGTON, en Septembre 1968.

L'évolution de l'alcoolisme va chercher ses sources très loin, mais jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, l'alcoolisme, avec l'ampleur catastrophique que nous connaissons aujourd'hui à ce pro - blème sur le plan collectif et social,n'existait pas . En effet, ces problèmes parfois insolubles se posaient quant à la production, pour laquelle la distillation n'était pas au point, la conservation - il fallut attendre PASTEUR pour avoir une conservation satisfaisante à grande échelle - difficile même après la découverte de la céramique, la distribution faible ou inexistante . L'absence de ces facteurs économiques ne permettait pas à l'alcoolisme cette éclosion .

Mais nous savons que plus de quatre millénaires avant notre ère, la bière était déjà connue à BABYLONE et que NIDARA était la déesse de la bière . En allant vers l'est à partir de ce lieu géographique précis, nous trouvons des religions primitives indo - européennes, qui ont eu recours aux ivresses divines de façon constante . Il existait deux boissons souvent confondues, le soma, non alcoolisé, breuvage d'immortalité, et le soura, qui semble avoir été un liquide alcoolisé .

Chez les Grecs, le breuvage qui procurait les ivresses divines liées au culte de DIONYSOS était le vin .

De nombreux documents montrent que les Celtes avaient recours à une boisson enivrante, probablement la cervoise (bière) consommée au cours de cérémonies religieuses .

Les beuveries des anciens Germains, les libations chez les Scandinaves, le rôle sacré de l'Hydromel, sont des faits bien établis, toujours associés à des pratiques religieuses.

Sous le nom de Childes survivent, bien au-delà de l'époque carolingienne, des réunions conviviales également de caractère religieux, dont la recherche volontaire de l'ivresse était un des traits permanents .

Si l'on en vient aux religions judéo-chrétiennes, nous voyons que les peuples sémites avaient coutume dans leurs repas quotidiens, de consommer du vin et il semble que ce liquide ait été fréquemment associé à des pratiques religieuses héritées indirectement des Egyptiens, Assyriens et Chaldéens .

Beaucoup plus tard dans le Nouveau Monde, les premiers missionnaires qui ont pris contact avec les Iroquois au XVIIème siècle, décrivent avec horreur, nous dit CARPENTIER, comment ces peuples recherchaient dans l'ivresse une expérience spirituelle positive .

Enfin, pour achever ce très rapide tour d'horizon de pratiques religieuses où l'alcool se voyait attribuer un rôle mystique, songeons aux nombreuses religions contemporaines d'Afrique Noire. Jusqu'en 1940, au Libéria, un prophète local avait institué une liturgie où la communion avait lieu sous les aspects d'un apéritif français de haut degré alcoolique, en l'occurence le Pernod 45 !

Depuis les temps les plus reculés que nous citions plus haut, où les premiers hommes découvrirent les propriétés psychotropes de certains liquides, tous ceux que nous avons nommés bière, cervoise, vin, hydromel, qui furent identifiés plus tard

comme boissons alcoolisées, jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, l'usage sacré, puis profane de ces boissons, les abus et les interdits les concernant, l'amélioration et l'extension géographique de leur production, les grands progrès de leur conservation, la découverte de la distillation de l'alcool, sa propagation et sa diffusion à travers le monde forment une vaste fresque tout au long du développement des civilisations . Cette très longue évolution a été marquée par divers facteurs religieux, économiques et sociologiques. Au cours de toute cette évolution, il ne semble pas possible de parler d'alcoolisme en donnant à ce mot la même signification qu'il revêt aujourd'hui .

Par contre, à partir de la grande révolution industrielle et de l'avènement de l'ère qualifiée de néo-technique, c'est à-dire vers la fin du XVIIIème siècle et début du XIXème siècle en Europe, toutes les conditions furent réunies pour permettre l'éclosion du phénomène . C'est donc à cette époque que l'on voit apparaître l'alcoolisme en tant que phénomène collectif et social, et ce n'est pas par hasard que l'oeuvre de Magnus HUSS prit place au milieu du XIXème siècle .

Pendant un siècle ensuite, l'évolution se poursuit et l'extension de l'alcoolisme s'accroît en même temps que se dessine le mouvement alcoologique, sorte d'intérêt nouveau de la part du public, des médecins, des autorités, pour ce que tous pressentent comme un phénomène d'importance, sans toujours savoir très exactement comment remédier à ce nouveau problème .

Socialement, la lutte contre l'alcoolisme est plus faite alors de décisions émanant de la police, de mesures d'interdictions, que d'efforts de compréhension . Du 30 Juin 1838 date la fameuse loi sur l'internement des personnes présentant des troubles mentaux dangereux. On ne parle plus d'ivrognes, mais les alcooliques sont toujours considérés comme possédés par un vice. Les classes dirigeantes en font l'apanage presque exclusif des classes laborieuses . Les sociétés d'abstinence qui se développent sont très imprégnées de moralisme, et partout domine l'attitude répressive . En France apparaît, en 1871, l'ASSOCIATION CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES, qui devient, en 1880, la SOCIETE FRANCAISE DE TEMPERANCE; en Suisse, à GENEVE, est créée le 24 Septembre 1877, la SOCIETE SUISSE de TEMPERANCE, qui devint, le 1er Mai 1890, la FEDERATION INTERNATIONALE

DE LA CROIX BLEUE . L'ORDRE INDEPENDANT DES BONS TEMPLIERS est né, en 1852, dans l'état de NEW YORK . Ces Sociétés se répandent dans toute l'Europe où de nombreux adhérents s'inscrivent. La LIGUE DE LA CROIX est fondée en Allemagne en 1899.

Toutes ces sociétés prônent une morale élevée, et font entrer chez les alcooliques le repentir, le respect de Dieu et l'amour du prochain .

Médicalement, l'attitude des praticiens est très réservée, et l'on continue à traiter les conséquences plus que la cause . Les autorités de santé publique continuent d'ignorer le problème, et, à part quelques précurseurs, aucune recherche ne traite sérieusement de l'étiologie et de la pathogénie .

Une certaine confusion est volontairement entretenue dans les pays viticoles, selon laquelle seules les boissons distillées, à fort pourcentage d'alcool éthylique, sont nocives, alors que les boissons fermentées (vin et bière) sont des boissons " hygiéniques " hautement recommandables pour la santé, n'entraînant jamais l'alcoolisme .

Un évènement, sur le plan international est très significatif de l'état d'esprit d'alors. La Société des Nations, dès 1928, voulut mettre à l'ordre du jour de sa commission d'hygiène l'étude de l'alcoolisme . Elle dut y renoncer devant l'attitude peu compréhensive, voire hostile de tous ses membres .

La situation était donc celle que nous venons rapidement de décrire, en 1940, lorsque l'école américaine, avec JELLINEK, commença ses premiers travaux . Nous aurons à revenir sur la personnalité de l'alcoologue de premier plan que fut JELLINEK et l'impulsion qu'il donna à toutes les recherches entreprises dans le domaine de l'alcoolisme .

Ces travaux de l'école américaine furent les premiers travaux collectifs effectués dans un vaste esprit de synthèse par des sociologues, des psychologues, des juristes et des médecins . On définit mieux le concept alcoolisme et on l'élargit . Ce fut le point de départ des premiers échanges, et le début d'une action concertée, du niveau national à l'international .

Au vaste mouvement né aux Etats-Unis firent écho en Europe et dans le monde après 1945 des travaux d'orientation similaire, favorisés par le progrès général des sciences humaines à cette époque. En France, le gros rapport sur l'alcoolisme du Dr CAVAILLON (1947) témoigne d'efforts importants dans ce domaine .

Les premiers échanges et communications furent très améliorés par la participation de l'Organisation Mondiale de la Santé, née le 7 Avril 1948.

C'est à cette époque que le développement de nouvelles thérapeutiques s'est marqué par le recul des méthodes de ségrégation traditionnelle et par la tendance à l'application précoce de traitements ambulatoires ou en cures libres visant plus à réduire les causes pathogènes qu'à modifier tardivement les effets .

L'apparition, en 1948 également, du disulfiram, a joué un rôle important à cet égard. Les médecins, très intéressés par ce procédé chimio-thérapique d'apparence très simple, ont montré de l'intérêt pour le problème de l'alcoolisme, tandis qu'augmentait la demande de soins . Du même coup, ce traitement a eu sur l'opinion générale une heureuse influence . Et dans la mesure où son efficacité fut loin de se montrer décisive, elle contribua à souligner l'évidence des facteurs névrotiques .

Enfin, en 1951, se réunit à COPENHAGUE sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé le Premier Symposium International de l'Alcoolisme . Les deux premiers rapports rédigés par un groupe d'experts présentent un essai de synthèse sur les connaissances et les lacunes de l'époque et envisagent les mesures nécessaires pour améliorer la situation, sur le plan de la connaissance du problème, l'organisation des soins, l'enseignement et la formation professionnelle, la diffusion des informations, etc ... L'action de l'O.M.S. dans la lutte contre l'alcoolisme est née .

Les Sociétés de Tempérance, dont nous avons parlé précédemment, ont continué à se développer, d'autres se sont créées et elles essaiment de part le monde . L'alcoolisme est un phénomène mondial .

En 1934 est fondé le mouvement ALCOHOLICS ANONYMOUS aux Etats-Unis, et la première branche non américaine en 1944 à SYDNEY . Dès lors, l'omniprésence des Etats-Unis faisait progresser le mouvement . Celui-ci s'organisait à l'échelle mondiale . Au 15ème Congrès du Mouvement, en Novembre 1950, furent adoptées les Douze Traditions des Groupes d'alcooliques anonymes, dont la présence d'un bout à l'autre de la terre témoigne de l'universalité du fléau.

3.- L'ALCOOLISME DANS LE MONDE

L'alcoolisme est un problème qui concerne la France de façon très intime . Pour tous les étrangers, aussi bien que pour les Français, " le vin, c'est la France " , et s'il lui fallait citer un pays alcoolique, un Européen citerait probablement la France en tout premier lieu .

La France est un pays de vin, et, ce faisant, elle a certes le triste privilège d'être en tête de la consommation mondiale de vin par tête d'habitant (120 litres par an et par tête) aussi bien que des décès par cirrhose du foie (taux de mortalité : 34,8 pour 100.000 habitants en 1966).

Mais déjà, elle est devancée dans la consommation totale de vin par l'Italie. Et surtout il n'existe pas que le vin . Si nous considérons la consommation de la bière en Europe, nous trouvons la France en neuvième position, loin derrière Tchéco - Slovaquie et Allemagne, qui tiennent la tête . Bien sûr, le vin étant beaucoup plus fortement alcoolisé que la bière, les pays à vin consomment - compte tenu des spiritueux - deux à trois fois plus d'alcool que les pays à bière . Mais un Allemand boit quatre fois plus de litres de bière par an qu'un Français, dix-huit fois plus qu'un Italien . Il consomme, par ailleurs, par an, autant de spiritueux que le même Français et le même Italien réunis .

Tout cela montre déjà l'échelle européenne du problème . Et si l'on reprend la consommation de vin par tête d'habitant et par an, on doit constater que l'Argentine se trouve en quatrième position avec 80 litres en 1966, et le Chili en sixième position, avec environ 55 litres . La dimension mondiale du phénomène apparaît alors avec une inquiétante clarté : l'Argentin boit quand même deux bons tiers du vin consommé dans le même temps par le Français moyen !

E N F R A N C E

Laissons à la France la primeur qui lui est reconnue dans le domaine du vin en étudiant, chiffres à l'appui, le retentissement de l'alcoolisme sur un certain nombre de notions chiffrables dans ce pays, et tout d'abord la mortalité alcoolique .

Le Professeur PERRIN avait établi pour l'année 1961 une hierarchie des causes de décès que les chiffres de 1966 ont confirmée : 34.490 décès par alcoolisme en France, que l'alcool soit présent comme cause déterminante ou adjuvante, c'est à dire en tenant compte de l'alcoolisme aigu ou chronique, des 4/5 des cirrhoses du foie, du 1/3 des tuberculoses respiratoires, du 1/3 des accidents mortels de la route, du 1/4 des suicides, de la moitié des homicides des 4/5 des cancers de la bouche et de l'oesophage . Ces 34.490 décès mettent l'alcoolisme au troisième rang des causes de décès, derrière les maladies du coeur et des vaisseaux, et le cancer . Mais il ne s'agit, en ce qui concerne l'alcoolisme, que d'une sous-estimation, quantité de décès dus directement ou indirectement à l'alcool étant inscrits sous des rubriques différentes, "accidents" par exemple . La morbidité par alcoolisme ne peut être appréciée que très approximativement parce qu'il n'existe pas, pour les maladies, de statistiques analogues à celles des décès. Les seuls chiffres officiels sont ceux que fournit l'entrée pour alcoolisme dans les hôpitaux psychiatriques . Il y a une influence directe de l'alcool sur les psychoses alcooliques et celles-ci peuvent grandement diminuer, si la consommation des boissons alcoolisées se maintient dans les limites raisonnables . En 1940, on admettait dans les hôpitaux psychiatriques, en moyenne 6,9 malades atteints de psychoses alcooliques pour 100 admissions de toutes causes . La deuxième guerre mondiale et les difficultés d'approvisionnement firent tomber ce chiffre à 3,9 en 1943 . En 1950, il était remonté à 10,3 et, en 1961, à 20,3.

En dehors des psychoses alcooliques, nous ne disposons d'aucune statistique valable pour le reste de la morbidité alcoolique . Mais le Docteur E.M. JELLINEK, expert conseil pour l'alcoolisme à l'Organisation Mondiale de la Santé, a donné une méthode

qui permet de s'en faire une idée approximative. Elle se base sur les deux faits suivants résultant de multiples constatations :

1° - Chez 100 alcooliques autopsiés, on trouve 9 cirrhoses .

2° - Sur 1.000 cirrhotiques, 77 meurent en un an .

Si donc on part de la mortalité par cirrhose alcoolique en 1966, qui est de 13.740 (soient les 4/5 de la mortalité totale par cirrhose, qui a atteint le chiffre de 17,180), on arrive aux résultats suivants :

- Il y aurait, au même moment, environ 178.000 cas de cirrhose .
- Environ 1.977.000 individus présenteraient une imprégnation alcoolique importante .

Les 4.500.000 buveurs excessifs présumés, dont l'évaluation est théorique elle aussi, donnent donc près de deux millions d'alcooliques .

Envisageons maintenant un certain nombre d'informations et de chiffres situant le problème par rapport à divers domaines économiques et sociaux :

- Les accidents de travail : Nous tirerons des nombreuses statistiques effectuées, l'une d'entre elles, de grande ampleur, due aux Professeurs METZ et MARCOUX, de STRASBOURG, portant sur 5.091 travailleurs accidentés et témoins pris selon des critères identiques, chez lesquels fut pratiquée la recherche du taux d'alcoolémie . Il en ressort que :

  - dans les usines considérées, 15 % des accidents du travail, avec arrêt de travail, sont imputables à l'alcool (sans tenir compte des accidents de trajet).
  - les sujets à alcoolémie supérieure à 0,25 g. par litre ont deux fois plus de chance d'être des polyaccidentés .

- le coefficient de risque accident est supérieur de 50 % chez les sujets à alcoolémie supérieure à 0,25 g.

Une recherche faite par GODARD et DELABROISE a montré que 40 % des cas de changement de poste dans l'industrie sidérurgique concernant des sujets présentant des stigmates d'alcoolisme chronique .

C'est la même proportion que l'on retrouve dans une statistique de LE GO et ses collaborateurs qui signalent que, sur 651 agents des chemins de fer français réformés en 1959, 1960 et 1961 pour maladie, 262 le furent pour alcoolisme, soit environ 40 % .

Principales boissons alcooliques en France : le vin a la très grosse part, 7/10 du total, le cidre présente une décroissance régulière : 9,3 en 1950, 5,6 % en 1966 et parallèlement, la bière suit une croissance de 4,5 % à 9,5 % . Enfin, les spiritueux représentent 13,8 % .

Dépenses des Français pour leurs boissons en 1965 :

Boissons alcooliques : 17.471 millions de francs

Boissons non alcoolisées : 3.993 millions de francs .

Il y a actuellement un "débit de boissons à consommer sur place" (des quatre catégories) pour 208 habitants .

2.767.329 bouilleurs de cru étaient inscrits au répertoire au 31 Août 1966, selon les statistiques du Ministère des finances. Rappelons que, depuis le 30 Août 1960, le "privilège" des bouilleurs de cru disparaît à leur mort sans qu'il puisse y avoir transmission par héritage (sauf au conjoint survivant) ou acquisition . Si bien que le nombre en a déjà, depuis 1960, diminué de 3.110.081 à 2.767.329.

Coût de l'alcoolisme : en 1958, soit il y a plus de dix ans, l'alcoolisme coûtait déjà à l'Etat français (en dépenses concernant les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux, l'assistance, les assurances sociales, les accidents du travail et le budget de la Justice) une somme de 250 milliards d'anciens francs .

En 1962, les accidents du travail où l'alcoolisme a sa part ont coûté à l'industrie française 160 milliards d'anciens francs.

Le coût de l'alcoolisme sur un budget départemental comme celui de ce qui était la Seine et Oise en 1960, fut, pour cette année-là, de près de 5 milliards d'anciens francs.

Qui dira, par ailleurs, le prix de ce qui ne saurait être chiffré : dégradation des santés, des facultés humaines, professionnelles et sociales, détresse des familles, etc .....

Montant total des impôts spéciaux recouvrés par l'Etat français sur les boissons alcooliques en 1966 : 138 milliards d'anciens francs .

Rôle de l'alcool dans les accidents de la route :

En 1959, A. VERHAEGHE et R. SCHODET rapportent les résultats de prélèvements sanguins effectués durant plusieurs mois sur tous les blessés de la route admis au Centre Hospitalier Régional de LILLE (urgences et neuro-chirurgie) : sur 759 dosages d'alcoolémie, le nombre des prélèvements dans lesquels l'alcoolémie était égale ou supérieure à 1 g. fut de 312, soit 40 % du total . Le pourcentage atteignit même 58 % dans les cas de traumatismes crâniens .

Toujours en 1959, " l'opération Finistère " montra, sur 155 accidents observés, 44 % de résultats fortement positifs à l'alcooltest .

En 1964, 1.388 contrôles par alcotest furent pratiqués en Seine-et-Oise en Février-Mars, pour 1.067 accidents . 24,8 % des tests s'avèrent positifs .

Au total, il est possible d'attribuer à l'alcool comme cause principale ou, le plus souvent, adjuvante, une part de responsabilité dans 30 % environ des accidents corporels de la circulation .

DANS LE MONDE

Il existe dans le monde de multiples formes d'alcoolisme, depuis l'alcoolisme au vin, le plus répandu, jusqu'à l'alcoolisme aux spiritueux, en passant par la bière, les spécialités régionales, le whisky, le rhum, les boissons anisées (du pastis français à l'arak du Moyen Orient), les apéritifs amers, bitters et gentiane .

Le tableau suivant nous présente les chiffres de production de vin en hectolitres et de consommation d'un certain nombre de pays dans le monde en 1966 .

PRODUCTION		CONSOMMATION	
ITALIE	65.140.000	ITALIE	60.785.000
FRANCE	60.935.000	FRANCE	58.667.000
ESPAGNE	31.497.000	ARGENTINE	18.332/000
ARGENTINE	21.917.000	ESPAGNE	17.725.000
U.R.S.S.	18.313.000	U.R.S.S.	15.000.000
PORTUGAL	9.095.000	ALLEMAGNE FEDERALE	9.167.000
ALGERIE	9.000.000	PORTUGAL	9.011.000
ETATS-UNIS	7.650.000	ETATS-UNIS	7.236.000
ROUMANIE	6.500.000	ROUMANIE	6.600.000
YOUGOSLAVIE	5.690.000	YOUGOSLAVIE	4.766.000
ALLEMAGNE FEDERALE	4.809.000	CHILI	4.200.000
CHILI	4.736.000	GRECE	3.290.000
AFRIQUE DU SUD	4.164.000	SUISSE	2.322.000
GRECE	3.869.000	AUTRICHE	2.200.000
BULGARIE	3.578.000	HONGRIE	2.083.000
HONGRIE	3.329.000	BULGARIE	1.656.000
MAROC	2.109.000	AFRIQUE DU SUD	1.537.000
TUNISIE	1.262.000	GRANDE BRETAGNE	1.257.000

La consommation de vin par tête d'habitant montre un grand contraste entre la dose annuelle française et américaine, mais fait ressortir, ainsi que nous l'avions signalé, la bonne place si l'on peut la qualifier ainsi, de l'Amérique Latine . La plus grande partie des chiffres date de l'année 1966, la source en est le Bulletin de l'Office International de la Vigne et du Vin .

En litres et par tête d'habitant par an :

FRANCE	120
ITALIE	115
PORTUGAL	98
ARGENTINE	80,1
ESPAGNE	60
CHILI (1963)	54
SUISSE	39,1
GRECE	38,7
LUXEMBOURG	33
AUTRICHE	30
ROUMANIE (1963)	29
URUGUAY (1964)	26
YOUGOSLAVIE (1964)	25
HONGRIE	20
BULGARIE	20
ALLEMAGNE FEDERALE	15,4
U.R.S.S. (1965)	5,8
ETATS-UNIS (1965)	3,7

Pour ce qui est de la bière, le tableau suivant nous rapporte la consommation de cette boisson en Europe, en litres, par tête d'habitant et par an, montrant, dans ce domaine, la pré - pondérance de pays qui sont de petits consommateurs de vin .

	1965		1966
TCHECOSLOVAQUIE	130,4		
ALLEMAGNE FEDERALE	122,4		125,8
UNION ECONOMIQUE BELGO-LUXEMBOURGEOISE	116		120
ROYAUME UNI	91,5		
AUTRICHE	90		
DANEMARK	83		
SUISSE	75		
SUEDE	41		
FRANCE	39,2		40,4
PAYS BAS	37,2		39
ITALIE	9		10,1

En dehors des pays européens, on assiste de façon récente ou de façon récemment accentuée à l'éclosion d'un alcoolisme beaucoup plus universel, ou atteignant des pays jusqu'ici épargnés ou touchés par d'autres fléaux .

De récentes études effectuées au Japon font ainsi ressortir l'augmentation du nombre des buveurs anormaux et des preneurs de drogues parmi les adolescents . Le " Saké " ou alcool de riz japonais est à l'honneur lors des grandes fêtes comme le Jour de l'an,ou dans les cérémonies de mariage . On noie également son chagrin dans le " saké" après une veillée funèbre ou un enterrement. Le mot "saké" est l'abréviation de sake-mizu : eau de prospérité .

Au Chili, la dépendance vis à vis de l'alcool est très répandue, alors que l'emploi des stupéfiants l'est peu .

En ce qui concerne les pays en voie de développement, la situation est mal connue, mais on a de fortes raisons de penser que l'alcoolisme est très fréquent . Dans bien des cas, l'absorption occasionnelle d'alcool au cours de cérémonies réunissant la tribu ou le village a fait place à une consommation plus régulière dans les bars. L'importation et la production de boissons alcoolisées ont été multipliées par dix dans certains pays d'Afrique et d'Asie . Ces problèmes sont dus, semble-t-il, aux progrès de l'urbanisation et de l'industrialisation, à la difficulté des conditions de vie et de travail et au relâchement des liens traditionnels de la tribu et de la famille.

Un témoignage de l'existence du phénomène de l'alcoolisme dans ces pays d'Afrique a par exemple été fourni par Diop LAMINE dans son étude du traitement de l'alcoolisme chronique et essai de lutte anti-alcoolique au SENEGAL (1956).

Terminons sur une observation de Alan K. GRAY, de la National Society on Alcoholism, en Nouvelle Zélande, qui rapporte que l'on ne trouve que trois sociétés à n'avoir pas connu l'alcool : les populations des régions polaires, peu privilégiées, quant aux conditions du milieu ambiant, et qui ne connaissaient aucune substance à partir de laquelle ils auraient pu produire l'alcool, les aborigènes d'Australie, et les indigènes de la Terre de Feu . Partout ailleurs, l'homme a découvert que l'ingestion d'un peu d'alcool fait disparaître les petites douleurs et les maux sans gravité et s'évanouir les soucis quotidiens dans un monde en proie à l'agitation .

II.- ACTION DE L'O.M.S. DANS LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

1.. QU'EST-CE QUE L'O.M.S. ?

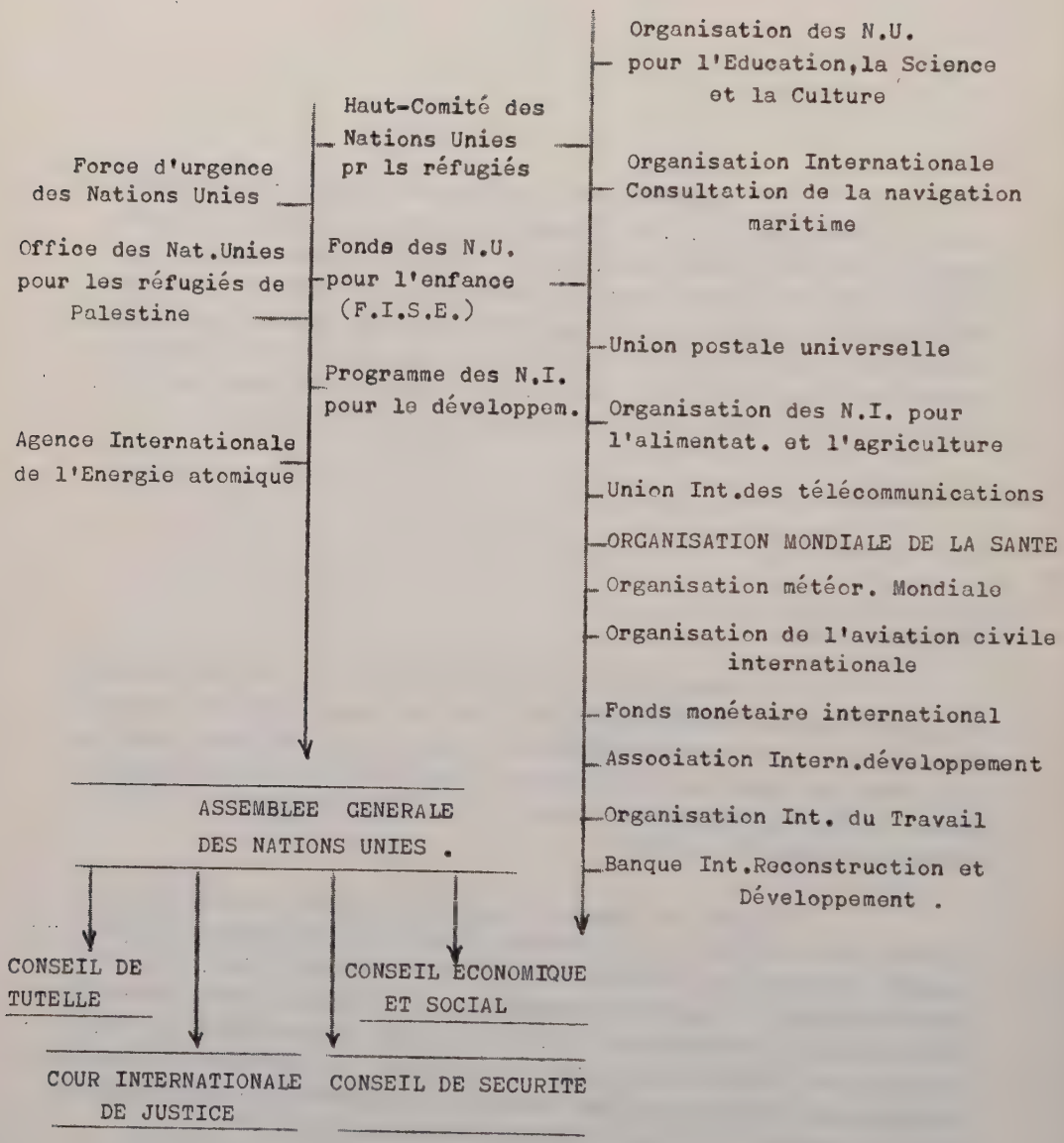
Le vingtième anniversaire de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.) a été célébré avec beaucoup d'éclat en 1968 dans de nombreux pays. Avenue Appia à GENEVE s'élève désormais le siège définitif de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE . Le nouveau bâtiment a été solennellement inauguré le 7 Mai 1966. Il est aujourd'hui totalement occupé par le personnel de l'O.M.S. qui compte à GENEVE 982 fonctionnaires . L'effectif total du personnel de l'O.M.S. dans le monde s'élève à 3.075 employés de 91 nationalités .

STRUCTURE

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE est une institution spécialisée indépendante régie par sa propre constitution et disposant de ressources financières fournies par ses états membres. Ses relations avec les Nations Unies sont définies par sa constitution, la Charte des Nations Unies et des accords portant sur les domaines d'intérêt commun .

Parmi les quatre assemblées formant les bases des Nations Unies : Conseil de tutelle, Cour Internationale de Justice, Conseil de Sécurité, Conseil Economique et Social. C'est de ce dernier que dépend l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi une quinzaine d'autres organisations ou unions, dont, par exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, l'Organisation Météorologique Mondiale, l'Association Internationale de Développement, le Fonds Monétaire International, etc ...

La constitution de l'O.M.S. a été rédigée au cours de la Conférence Internationale de la Santé réunie à NEW YORK en 1946. Puis une Commission intérimaire fut chargée d'assumer les tâches immédiates en attendant la ratification de la Constitution de l'O.M.S. par 26 Etats membres des Nations Unies . Cette ratification eut lieu le 7 Avril 1948, naissance officielle de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE .



T A B L E A U N° 1

RAPPORTS DE L'O.M.S. avec les NATIONS UNIES

La journée mondiale de la santé commémore chaque année cette date anniversaire .

L'O.M.S. n'est certes pas la première en date des organisations internationales de Santé, mais ses responsabilités sont beaucoup plus étendues que celles des organismes internationaux qui l'avaient précédée .

De la première conférence sanitaire internationale tenue à PARIS en 1851, date de la première tentative de collaboration à un échelon international .

En 1902 est créé sur le continent américain le Bureau sanitaire international. Il deviendra, 21 ans plus tard, le Bureau Sanitaire Panaméricain .

En 1907, l'Office International d'Hygiène Publique, fondé à PARIS, reçoit pour mission essentielle de promouvoir la diffusion des renseignements sur les maladies transmissibles et de superviser les mesures de quarantaine internationale .

Quant à l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, née en 1921, qui avait une vision plus large des problèmes sanitaires, elle traça dans une certaine mesure la voie à l'O.M.S.

L'Organisation Mondiale de la Santé, en effet, s'est vue confier des activités couvrant l'ensemble du domaine de la Santé, notamment l'amélioration des services de santé publique et la stimulation des initiatives nationales .

L'organe suprême de l'O.M.S. est l'assemblée mondiale de la santé, composée des délégués des Etats Membres disposant chacun d'une voix . Tous les états peuvent devenir membres de l'O.M.S. Les Etats membres des Nations Unies peuvent adhérer à l'organisation en acceptant la constitution . Les autres membres deviennent membres de plein droit lorsque leur candidature a été approuvée à la majorité simple par l'Assemblée de la Santé .

Il existe des territoires qui n'ont pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales. Ils peuvent être admis à l'O.M.S. où on leur donne alors la qualité de membres associés.

En Juin 1966, l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE comptait 126 membres, dont trois membres associés .

L'Assemblée mondiale de la Santé se réunit chaque année pour trois semaines. Elle définit la politique de l'Organisation, examine les activités de l'année écoulée et adopte le programme et le budget pour l'année à venir . Elle élit aussi chaque année huit Etats Membres habilités à désigner une personnalité devant siéger au Conseil Exécutif .

Celui-ci est composé de 24 spécialistes de la Santé, nommés pour trois ans à titre personnel. Il se réunit au moins deux fois par an. Il est chargé de l'application des décisions de l'Assemblée, de fournir des avis techniques et de prendre des mesures dans des cas urgents : épidémies, tremblements de terre, inondations .

Afin de répondre efficacement aux besoins particuliers des différentes parties du monde, les activités de l'O.M.S. sont partagées entre six régions qui sont :

- l'AFRIQUE	siège : BRAZZAVILLE
- les AMERIQUES	siège : WASHINGTON
- L'ASIE du SUD_EST	siège : NEW DELHI
- L'EUROPE	siège : COPENHAGUE
- La MEDITERRANEE ORIENTALE	siège : ALEXANDRIE
- Le PACIFIQUE OCCIDENTAL	siège : MANILLE .

Chacune des six régions comprend un Comité régional composé d'un représentant des Etats Membres de la Région . Pour les Amériques, le Comité régional est représenté par le Conseil de Direction de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui remplit sa fonction .

date	Pays	Population (millions)	date	Pays	Population (millions)
	EUROPE :			AFRIQUE :	
47	ALBANIE	1,9	47	AFRIQUE DU SUD	17,9
62	ALGERIE	11,1	62	BURUNDI	2,8
51	ALLEMAGNE FEDERALE	56,8	60	CAMEROUN	5,2
47	AUTRICHE	7,3	60	REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	1,4
48	BELGIQUE	9,5	60	Congo (BRAZZAVILLE)	0,9
48	BIELORUSSIE	8,3	61	CONGO (Républ.dém. du)	15,6
48	BULGARIE	8,2	60	COTE D'IVOIRE	3,9
48	DANEMARK	4,8	60	DAHOMEY	2,4
51	ESPAGNE	31,6	60	GABON	0,5
47	FINLANDE	4,6	57	GHANA	8,7
48	FRANCE	48,9	59	GUINEE	3,5
48	GRECE	8,5	60	HAUTE VOLTA	4,8
48	HONGRIE	10,1	63	KENYA	9,4
47	IRLANDE	2,9	47	LIBERIA	1,1
48	ISLANDE	0,2	61	MADAGASCAR	6,4
47	ITALIE	51,4	58	MALAWI	3,9
49	LUXEMBOURG	0,3	60	MALI	4,6
65	MALTE	0,3	63	ILE MAURICE (1)	0,7
56	MAROC	13,3	61	MAURITANIE	0,9
48	MONACO	0,02	60	NIGER	3,4
47	NORVEGE	3,7	60	NIGERIA	57,1
47	PAYS-BAS	12,3	63	OUGANDA	7,6
48	POLOGNE	31,5	62	TANZANIE (Rép.Unie)	10,5
48	PORTUGAL	9,2	50	RHODESIE DU SUD (1)	4,3
48	ROUMANIE	19	62	RWANDA	3,1
46	ROYAUME UNI	54,6	60	SENEGAL	3,5
47	SUEDE	7,7	61	SIERRA LEONE	2,6
48	TCHECOSLOVAQUIE	14,2	61	TCHAD	3,4
48	TURQUIE	32	60	TOGO	1,6
48	UKRAINE	43,2	65	ZAMBIE	3,7
48	U.R.S.S.	230,6			
47	YOUGOSLAVIE	19,5			

(1) Membre associé

TABLEAU 2

Les Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé

date	Pays	Population (millions)
	AMERIQUE	
48	ARGENTINE	22.4
49	BOLIVIE	3,7
48	BRESIL	81,3
46	CANADA	19,6
48	CHILI	8,6
59	COLOMBIE	17,8
49	COSTA RICA	1,4
50	CUBA	7,6
48	EL SALVADOR	2,9
49	EQUATEUR	5,1
48	ETATS UNIS d'AMERIQUE	194,6
49	GUATEMALA	4,3
47	HAITI	4,3
49	HONDURAS	2,2
63	JAMAIQUE	1,8
48	MEXIQUE	40,9
50	NICARAGUA	1,7
51	PANAMA	1,2
49	PARAGUAY	2
49	PEROU	11,7
48	REPUBLIQUE DOMINICAINE	3,6
63	TRINITE ET TOBAGO	1
49	URUGUAY	2,7
48	VENEZUELA	8,7
	ASIE DU SUD-EST	
48	AFGHANISTAN	15
48	BIRMANIE	24,7
48	CEYLAN	11,3
48	INDE	482,8
50	INDONESIE	100
65	ILES MALDIVES	0,1
62	MONGOLIE	1,1
63	NEPAL	10,2
47	THAILANDE	30,6

date	Pays	Population (millions)
	MEDITERRANEE ORIENTALE	
47	ARABIE SEOUDITE	6,7
61	CHYPRE	0,6
47	ETHIOPIE	22,6
46	IRAN	23,5
47	IRAK	7,2
49	ISRAEL	2,6
47	JORDANIE	2
64	KATAR (1)	0,06
60	KOWEIT	0,5
49	LIBAN	2,3
52	LIBYE	1,6
48	PAKISTAN	102,9
47	REPUBLIQUE ARABE U.	29,8
61	SOMALIE	2,5
56	SOUDAN	13,5
46	SYRIE	5,5
56	TUNISIE	4,6
53	YEMEN	5,1
	PACIFIQUE OCCIDENTAL	
48	AUSTRALIE	11,4
50	CAMBODGE	6
46	REP. de CHINE	12,4
49	REP. DE COREE	28,4
51	JAPON	98
50	LAOS	2
58	MALAISIE	9,2
46	NOUVELLE-ZELANDE	2,6
48	PHILIPPINES	32,3
62	SAMOA OCCIDENTAL	0,1
66	SINGAPOUR	1,9
50	VIET NAM	16,1

(1) Membre associé

TABLEAU 3

Les Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (suite)

Les Comités Régionaux se réunissent une fois par an pour passer en revue les activités sanitaires de chaque région et établir les programmes . Ces programmes régionaux sont ensuite intégrés dans le programme général de l'Organisation par le Directeur Général de l'O.M.S. à GENEVE, au siège . Celui-ci le soumet finalement au Conseil exécutif, puis à l'Assemblée mondiale de la Santé pour approbation.

METHODES

Telle est, brièvement évoquée, la structure de l'Organisation Mondiale de la Santé, et ses subdivisions administratives, de l'Assemblée Mondiale de la Santé, aux Comités régionaux, en passant par le Conseil Exécutif .

Les moyens financiers dont dispose l'O.M.S. sont, bien sûr, à la mesure de l'immense budget que doit engager annuellement cette organisation pour mener à bien ses activités . Le budget, pour 1967, fut au total de 51.515.000 dollars, dont 90,81 % consacrés au programme d'exécution . A titre indicatif, dans les domaines concernés par la lutte contre l'alcoolisme, notons les pourcentages affectés dans ce budget à différentes activités :

- Protection et Promotion de la Santé : 8,06 %
- Biologie, Pharmacologie et Toxicologie : 1,76 %
- Recherche et quelques autres activités : 12,87 %

Le programme O.M.S. d'assistance directe aux gouvernements, ainsi que les services techniques de caractère international, sont financés par le budget ordinaire de l'Organisation, par des contributions bénévoles pour des activités spécifiques (dont le Fonds bénévole pour la promotion de la santé), par le programme des Nations Unies pour le développement (assistance technique et Fonds spécial) et par d'autres sources .

Les activités de recherche médicale entreprises par l'O.M.S. sont dirigées vers des problèmes - par leur nature même - ne pouvant trouver de solution sur le plan national. L'Organisation Mondiale de la Santé ne dispose pas de laboratoires, mais elle est

en relation avec des chercheurs individuels et des institutions du monde entier . Elle stimule et coordonne les projets dans les secteurs où se fait sentir un besoin urgent d'information et où il paraît possible de formuler et de vérifier une hypothèse utile . Il existe un Comité Consultatif de la Recherche médicale de l'Organisation mondiale de la Santé, qui se réunit une fois par an à GENEVE afin de définir les objectifs de la recherche médicale internationale entreprise par l'O.M.S. Il comprend des savants éminents venus du monde entier, réunis sous la présidence du Professeur Robert COURRIER, Professeur au Collège de France .

Afin de s'entourer des avis les plus autorisés dans le domaine sanitaire, l'O.M.S. a établi des tableaux d'experts, sur lesquels figurent plus de 1.200 spécialistes et administrateurs de la Santé Publique . Ces tableaux d'experts couvrent 44 sujets, les plus divers, depuis les additifs alimentaires jusqu'aux zoonoses . Les experts sont nommés pour cinq ans . Sur ces tableaux sont choisis les membres des Comités d'experts par le Directeur Général de l'O.M.S. En général, ces Comités sont composés de huit personnes, qui prêtent bénévolement leur concours à l'Organisation . Ils se réunissent pour faire le point des connaissances sur un problème donné . Leurs rapports indiquent la voie du progrès, tant à l'échelon national qu'international . Pour étudier certains points particuliers du programme de recherche médicale, l'O.M.S. réunit aussi des petits groupes scientifiques .

D'autres réunions d'ordre éducatif sont également convoquées . Les gouvernements sont invités à participer à des conférences, séminaires et symposia au cours desquels ont lieu une exploration en profondeur du sujet et de fructueux échanges d'informations. Il y a environ 80 réunions techniques de ce genre chaque année . Les langues utilisées sont l'anglais, le français, l'espagnol et le russe, avec les procédés modernes de traduction simultanée .

L'O.M.S. réunit enfin une énorme documentation dans sa bibliothèque, quelque 100.000 volumes à la disposition du public scientifique et médical : 2.700 périodiques médicaux et scientifiques de tous les pays du monde, 30.000 titres de médecine et de santé publique .

2.- LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

INTRODUCTION

L'action de l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ dans la lutte contre l'Alcoolisme entre dans le cadre des activités de la Section de Santé Mentale surtout. Il est bien évident que d'autres sections sont concernées, les divisions Pharmacologie et Toxicologie par exemple, mais tous les renseignements fournis par ces divisions sont concentrés dans le cadre de la Section de Santé Mentale .

Le domaine de la Santé Mentale étant très vaste, il fut créé, dès 1950, un sous-comité de l'alcoolisme au sein de cette section : ce sous-comité a réuni des experts à GENEVE en 1950 et à COPENHAGUE en 1951, puis bien d'autres réunions eurent lieu par la suite . On abordera dès les premières réunions l'alcoolisme comme une maladie ; il a été considéré comme un problème social. Les experts ont insisté sur la contribution que tous les services sanitaires pouvaient apporter à l'approche du problème de l'alcool . Ils se sont aussi déclarés convaincus de l'importance des mesures légales et sociales concernant la distribution et la consommation des boissons alcoolisées . Les experts ont enfin examiné les possibilités pratiques d'aide aux alcooliques . Le problème de la dépendance à l'égard de l'alcool et celui de la dépendance à l'égard des autres drogues font l'objet depuis la création de ce sous-comité de nombreuses discussions internationales, qui ont marqué une évolution progressive vers une approche commune .

Nous étudierons en premier lieu l'action de l'O.M.S. dans la lutte contre l'alcoolisme et nous envisagerons donc toutes les formes d'action contre ce fléau avant d'entrer dans le problème plus complexe du parallélisme des dépendances de l'alcool et des autres drogues .

C'est donc dans l'énorme domaine de la Santé Mentale que nous pénétrerons en tout premier lieu, suivant pour ce faire le cheminement des recherches du Comité d'Experts de la Santé Mentale, le développement de son programme, l'évolution de ses activités .

SECTION DE SANTÉ MENTALE

A sa première réunion en 1949, le Comité d'Experts de la Santé Mentale s'était principalement employé à formuler des recommandations concernant les principes et l'ordre de priorité à observer dans le programme de Santé Mentale de l'Organisation .

La première règle énoncée par le Comité en 1949 était que " l'O.M.S. doit tenir pour acquis que l'utilisation des connaissances psychiatriques à des fins préventives est le principe fondamental d'un programme de santé mentale à l'échelle mondiale " et le corollaire principal en était l'encouragement à l'inscription dans les programmes de santé publique de l'obligation de sauvegarder la santé mentale de la collectivité au même titre que la santé physique .

Il a été souligné que, pour appliquer les recommandations du Comité, il serait nécessaire d'organiser un service de prophylaxie des maladies mentales au sein des ministères de la santé de tous les pays .

Dans beaucoup de réunions a été soulignée la nécessité de la formation en hygiène mentale des agents de la santé publique, médecins, administrateurs .

Une deuxième méthode de prévention des maladies mentales consiste à s'attacher spécialement à la psychiatrie thérapeutique et prophylactique de l'enfance . L'O.M.S. a organisé des réunions et patronné des publications consacrées à un certain nombre de questions se rapportant à la santé mentale de l'enfant, notamment : la carence maternelle, la protection des enfants sans foyer, l'enfant souffrant de déficience mentale, la délinquance juvénile, questions qui concernent très fréquemment les enfants nés ou vivant en milieu familial alcoolique .

En ce qui concerne les services à assurer, le Comité a souligné qu'il importe de mettre au point des méthodes et des techniques adaptées aux conditions locales plutôt que d'emprunter purement et simplement celles qui sont déjà appliquées dans d'autres pays .

En 1952, dans son rapport sur l'Hôpital Psychiatrique Public, le Comité a noté qu'il était nécessaire de disposer d'un minimum de 1 lit par 10.000 habitants pour les malades mentaux qui constituent un danger pour eux-mêmes et pour autrui. Et il est intéressant de relever que le nombre de lits prévus pour les malades mentaux dans les hôpitaux généraux a augmenté constamment pendant ces quinze dernières années .

L'organisation de services psychiatriques a été examinée avec une attention croissante depuis 1949, et tous les rapports du Comité d'Experts de la Santé Mentale, du troisième au septième (1953 à 1959) mettent l'accent sur l'intérêt d'un traitement précoce et actif, sur la nécessité de maintenir la malade avec la collectivité, et de faire admettre à tous, médecins et grand public, que les malades atteints de troubles mentaux peuvent guérir et reprendre, dans une grande proportion, une vie normale .

Toutes ces activités semblent avoir eu une influence considérable, surtout en faisant connaître aux psychiatres et administrateurs de services psychiatriques les progrès accomplis dans d'autres régions et l'enseignement qu'ils peuvent en tirer pour eux-mêmes, en adoptant les méthodes à leur propre pays .

Afin de promouvoir la formation de personnel psychiatrique, l'O.M.S. a envoyé des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux psychiatriques et des instructeurs comme consultants dans divers pays pour promouvoir la création de centres d'enseignement et de cours de formation . Dans chaque cas, une fois le consultant reparti, un ressortissant du pays intéressé doit avoir reçu une formation lui permettant de remplacer son enseignant .

Enfin, le Comité d'Experts insiste sur le fait que l'O.M.S. doit encourager les recherches entreprises pour combler les lacunes existant dans les connaissances de base .

Le Comité d'Experts de la Santé Mentale a étudié de façon très poussée les buts et méthodes de son action, que nous nous proposons d'énumérer rapidement. Bien entendu, toutes ces méthodes et ces activités sont tournées vers la Santé Mentale et tout le domaine psychiatrique en général, mais les problèmes de l'alcoolisme sont très étroitement intriqués dans ceux plus généraux de la psychiatrie, soit par l'aboutissement psychiatrique de cette intoxication lorsqu'elle n'a été ni décelée, ni surtout traitée assez tôt, soit encore par ce dépistage précoce de l'atteinte à son début, aux premiers troubles du comportement, au stade où l'on peut encore tant faire avec les thérapeutiques générales .

Chacun des buts et des modes d'action que nous énoncerons donc dans le cadre très général de Santé Mentale est appliqué à l'alcoolisme, une des actions parmi les plus efficaces de la lutte de l'O.M.S. contre l'alcoolisme .

Un premier but des activités de Santé Mentale est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Ce qui suppose pour le cas de la santé mentale l'évaluation du niveau de santé d'un individu à l'aide du système de valeur admis dans la collectivité où vit l'intéressé .

Les activités de santé mentale ont également un but préventif : éviter toute aggravation de la maladie grâce à un diagnostic précoce et à un traitement actif, et assurer dans les meilleures conditions possibles la réintégration sociale du malade par des mesures systématiques de réadaptation, deviennent de très importants objectifs .

Les moyens nécessaires à l'accomplissement de ces objectifs sont formulés par le Comité dans des recommandations générales adaptables à chaque cas particulier par les responsables des programmes . Nous en avons déjà cité certains :

- Création d'organismes de santé mentale dotés de larges attributions au sein des ministères.

- Formation de personnel compétent .

- Promotion de la santé mentale dans l'ensemble de la population : les médecins de famille, les sage-femmes, les visiteuses d'hygiène et les maîtres de l'enseignement primaire et secondaire sont particulièrement bien placés pour promouvoir la santé mentale, mais de nombreux autres groupes professionnels ont également un rôle à jouer à cet égard .

- Dépistage de la maladie à ses débuts et traitement précoce permettent une guérison plus rapide et empêchent l'apparition de troubles plus graves. En dehors des catégories professionnelles déjà mentionnées, d'autres sont souvent en mesure de dépister des modifications du comportement : prêtres, contremaîtres, officiers de police .

- Traitement des malades mentaux, avec services de traitement ambulatoire, centres de traitement d'urgence .

- Recherches .

Dans ces différents moyens nécessaires à la promotion de la santé mentale, il apparaît aux yeux du Comité que le principal et le plus urgent est la formation de personnel. Appliquée à l'alcoolisme, on constate combien le nombre de personnes concernées par cette nécessaire formation est grand, tant chacun a son rôle à jouer dans la prévention du fléau :

- Psychiatres, avec une formation poussée et complétée par des cours périodiques d'entretien et de perfectionnement .

- Infirmières psychiatriques, assurant la liaison entre médecins et malades .

- Travailleurs sociaux psychiatriques, assistantes sociales par exemple .

- Psychologues .

- Personnel administratif .

Viennent ensuite tous les membres du personnel des autres professions médico-sanitaires, qui, dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme, auront sans doute davantage d'occasions de rencontre avec les malades intoxiqués que le personnel plus spécialisé .

- Omnipatriciens qui prennent, au niveau de l'individu, l'initiative, non seulement du traitement, mais très souvent aussi de la prévention ,
- Spécialistes, dont la coopération est indispensable .
- Personnel de santé publique, agents de services .
- Administrateurs de la santé publique .
- Infirmières .
- Sage-femmes .
- Travailleurs sociaux .

Enfin doivent être sensibilisés à ce problème de prévention toutes les personnalités influentes et le grand public. Ces personnalités influentes ont été classées par le Comité en trois groupes, et on devine, dans les cas de la lutte contre l'alcoolisme, le retentissement que peuvent avoir leur exemple, leurs actions .

Le Groupe I contient :

- Les enseignants
- Les Juges, avocats et autres membres des professions juridiques,
- Le personnel de la police,
- Le personnel des services de probation (délégués à la liberté surveillée).

- Les ministres des cultes .

Le Groupe II renferme un petit nombre de personnes qui, même dans les grandes villes, comprend moins de 500 personnes, voire moins de 200. Il s'agit, par exemple, des gens de la presse, de la radio, de la télévision, et ces personnes dans ce groupe ont sans doute le rôle le plus important . On trouve aussi dans ce groupe tous les dirigeants qui peuvent influer sur la politique des organes officiels et sur l'opinion publique .

Le troisième groupe est formé par le grand public . On ne peut réussir dans ce groupe que si l'on s'est assuré le concours du deuxième groupe .

Après la formation de personnel, il semble que le plus important soit l'organisation de services psychiatriques et de services de santé mentale, l'amélioration de l'éventail des services et du travail en équipe .

Enfin la recherche est aussi un indispensable moyen de progression dans le domaine de la Santé Mentale, recherches de toutes sortes dont un certain nombre concernent la lutte contre l'alcoolisme, comme par exemple l'étude des effets de la nutrition sur la santé mentale, la génétique, les recherches sur les moyens thérapeutiques, etc ....

L'Organisation Mondiale de la Santé a, en 1960, réexprimé les activités auxquelles elle devait plus particulièrement s'attacher dans le développement des programmes de santé mentale, indépendamment de ses activités traditionnelles de formation de personnel et d'organisation de services psychiatriques :

- Rassembler, analyser et diffuser des renseignements provenant de toutes les parties du monde sur les conceptions et les observations nouvelles dans le domaine de la santé mentale .

- Favoriser la coopération internationale en réunissant par exemple des groupes d'experts chargés de faire connaître les découvertes nouvelles et d'évaluer leur importance .

- Faciliter la recherche en aidant au placement des boursiers et en favorisant les échanges de renseignements techniques sur le plan inter - national .

- Encourager les recherches nouvelles et, si besoin est, fournir les services en consultants, en particulier dans les pays où les activités de recherche ne font que commencer et pour les problèmes qui paraissent avoir été négligés .

COMITÉS D' EXPERTS DE L' ALCOOL

Comme nous l'avons exposé dans l'étude de la structure de l'O.M.S., les experts sont réunis en comités pour étudier un des quarante quatre sujets prévus .

Les réunions du Comité d'Experts de l'Alcool constituent une des grandes actions de l'O.M.S. dans la lutte contre l'alcoolisme . Là encore, comme nous l'avons signalé à propos du Sous-Comité pour l'Alcoolisme, émanation de la Section de Santé Mentale, Sous-Comité dont dépend le Comité d'Experts de l'Alcool, il s'est effectué dans les seize dernières années une démarche vers une approche commune du problème de la dépendance de l'alcool et des autres drogues . Mais nous n'envisageons, pour le moment, que la lutte contre l'alcoolisme, et nous n'aborderons donc que les points ayant trait à l'intoxication alcoolique, sur lesquels se sont penchés les membres du Comité .

Le Comité d'Experts de l'Alcool a tenu sa première session à GENEVE , du 5 au 10 Octobre 1953, avec des membres venus de PARIS, STOCKHOLM, COPENHAGUE, BRISTOL, SANTIAGO du CHILI, SAN FRANCISCO .

Le Comité a tout d'abord défini en quoi le Sous-Comité de l'Alcoolisme différait du Comité d'Experts de l'Alcool :

le premier s'est occupé des aspects psychiatriques, cliniques et sociaux du problème (c'est ce que nous avons vu, plus généralisé, dans l'étude de la Section de Santé Mentale) alors que le second doit étudier les propriétés physiologiques, pharmacologiques et biochimiques de l'alcool .

Le Comité d'Experts de l'Alcool étudie donc lors de ses réunions un certain nombre de problèmes concernant l'alcool.

- Tolérance à l'alcool : la tolérance à l'alcool est la capacité de l'organisme à fonctionner, malgré la présence d'alcool dans le sang, sans altération mesurable des fonctions nerveuses . On a contrôlé diverses fonctions du système nerveux au moyen de méthodes appropriées : détermination de la fréquence de fusion, emploi des "persécomètres", électroencéphalographie, mesure de la stabilité à la station debout, etc ... La tolérance à l'alcool peut donc être mesurée d'après le taux d'alcoolémie à partir duquel on constate un effet manifeste sur les résultats d'un test des fonctions nerveuses .

- Surcroît de tolérance à l'alcool : chez certains individus, il faut, pour provoquer des effets identiques (mesurés par des tests objectifs) une plus forte concentration d'alcool dans le sang que chez d'autres buveurs modérés ou abstinents. Comme le terme tolérance est réservé pour désigner la sensibilité innée du sujet à l'alcool, on désigne le changement de résistance à la drogue en raison d'une consommation habituelle par l'expression " surcroît acquis de tolérance " .

Comme le surcroît acquis de tolérance est très variable, même chez les grands buveurs, il a été suggéré par le Comité d'entreprendre des recherches sur les facteurs qui le déterminent. Il serait souhaitable, pour faciliter ces recherches, d'adopter une série-type de tests, qui permettraient une comparaison des résultats obtenus par différents chercheurs .

Parfois le système nerveux résiste mieux à l'alcool, ou bien l'individu compense les effets de l'intoxication par le processus d'"apprentissage" . Mais il faut qu'intervienne aussi, en plus de l'expérience acquise de l'individu, une modification de la réponse physiologique de l'organisme à l'alcool .

- Symptômes de sevrage : Il n'est pas rare d'observer certains symptômes lorsqu'un épisode alcoolique aigu est brusquement interrompu . Ces symptômes appartiennent en grande partie à la catégorie des excitations psychomotrices, mais il peut y avoir aussi des convulsions épileptiformes . Ces symptômes sont de courte durée et ne comportent habituellement pas de conséquences sérieuses quand l'individu n'est pas atteint de maladies organiques graves .

Ces symptômes de sevrage n'apparaissent qu'en cas de sevrage brusque et non en période d'abstinence volontaire ou imposée, à la différence des drogues du type morphine, où l'on parlera alors de symptômes d'abstinence .

Le Comité d'Experts de l'Alcool s'est, par ailleurs, penché sur l'étude de l'alcoolisme par expérimentation sur l'animal.

Pour élucider expérimentalement certains aspects de l'alcoolisme, diverses méthodes ont été préconisées :

- Carences alimentaires : les expérimentations ont lieu, dans la plupart des cas, sur des rats, qui sont soumis à un choix restreint d'aliments . Il est difficile, dans ces conditions, d'assimiler l'augmentation volontaire par l'animal de sa consommation d'alcool à l'accroissement de consommation chez l'alcoolique .

- Etudes endocrinologiques : Il existe des rapports cliniques indiquant une diminution de l'activité cortico-surrénale chez les alcooliques, et une augmentation, sous l'effet de l'alcool, de la production de corticostimuline hypophysaire . Quelques auteurs ont pensé que le désir irrésistible d'alcool était suscité par un déficit en hormones cortico-surrénales . D'après les résultats d'expériences sur l'animal, ces hormones seraient libérées à la suite de consommation d'alcool .

- Autres hypothèses : diverses autres hypothèses ont été formulées :

. Le besoin de prolonger la chronaxie grâce à à l'effet dépresseur de l'alcool serait la cause de la propension à la boisson .

. Le besoin d'une consommation accrue d'alcool serait dû aux anticorps, l'alcool possédant alors des propriétés antigéniques, cette théorie étant fondée sur le traitement par administration intra-veineuse d'alcool .

. Le désir irrésistible d'alcool serait expliqué par une hyperactivité de certains centres cérébraux par rapport aux centres mésencéphaliques ou médullaires .

. Le désir d'alcool serait dû à une substance à effets cholinergiques qui serait éliminée du sang par l'alcool .

Le Comité n'a pas été convaincu par les preuves invoquées en faveur de l'une ou l'autre de ces théories et estimé qu'il faut essayer de rapprocher les conceptions, c'est à dire combiner recherches de laboratoire et expériences cliniques méthodiques .

Sur le problème de l'alcool en tant que drogue, le Comité d'Experts de l'Alcool était arrivé, en 1953, à la conclusion suivante : l'alcool doit être considéré comme une drogue dont l'action pharmaceutique est intermédiaire, par sa nature et son intensité, entre celle des drogues engendrant la toxicomanie et celle des drogues engendrant l'accoutumance .

Une grande partie des discussions portant sur l'alcoolisme et ses problèmes, le Comité, dans son étude du métabolisme de l'alcool, a surtout étudié des états consécutifs à une ingestion excessive d'alcool, qui ont été parfois signalés chez les alcooliques .

ELIMINATION DE L'ALCOOL APRES INGESTION D'UNE DOSE MASSIVE

Cette question a été soigneusement étudiée, et le problème se posait de savoir si, dans les cas d'ingestion excessive d'alcool, il est nécessaire de supposer un accroissement considérable du coefficient d'oxydation .

En général, le coefficient moyen d'élimination de l'alcool, obtenu par l'étude des courbes d'alcoolisme, n'est guère supérieur à 100 mg par kilogramme et par heure .

Il est nécessaire de reconnaître que le coefficient d'oxydation dépend, dans une certaine mesure, de la concentration d'alcool dans le sang .

INFLUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL SUR LA NUTRITION

Puisque les calories fournies par l'alcool sont utilisables pour le métabolisme, le Comité a recommandé que, dans l'analyse de la composition des régimes alimentaires, l'alcool consommé figure dans une rubrique spéciale et que, dans toute enquête alimentaire, on étudie la répartition de la consommation de l'alcool parmi la population .

Enfin, un problème très important, dont les répercussions se sont déjà avérées grandes sur tous les pays, fut étudié par le Comité, c'est celui de l'alcool et la circulation routière .

On ne peut pratiquement jamais affirmer que l'alcool est ou n'est pas la cause d'un accident de la circulation . Le plus souvent, les statistiques officielles sont fondées :

- sur le nombre d'accidents de la circulation officiellement déclarés ,

- sur le nombre de cas dans lesquels on a découvert que l'alcool entrait en ligne de compte .

On s'est efforcé récemment d'entreprendre, sur le rôle de l'alcool dans les accidents de la circulation, des études conçues de manière à répondre à la rigueur des règles statistiques.

Compte tenu des expériences de laboratoire faites au sujet des effets de l'alcool sur différentes fonctions, des résultats de tests pratiques statistiquement valables effectués sur des conducteurs, des pilotes d'avions, etc ..., et des statistiques rationnelles effectuées sur l'alcool et les accidents de la circulation, il faut conclure qu'à un taux d'alcool sanguin d'environ 0,05 % on observe une altération statistiquement significative des performances dans plus de la moitié des cas examinés . Mais on ne saurait se fier uniquement aux méthodes cliniques pour décider si une personne est ou non sous l'influence de l'alcool .

Les méthodes cliniques récentes se sont avérées utiles et sûres, la méthode de WIDMARK est la plus répandue, comme dosage de l'alcool sanguin .

La détermination de l'alcool dans l'air expiré doit être considérée comme une mesure moins sûre de la concentration de l'alcool dans l'organisme .

Les dosages urinaires ou salivaires n'ont qu'une valeur plus restreinte ou ne sont expérimentées que depuis peu .

En raison de la consommation générale des boissons alcooliques et de la complexité croissante de la circulation, il est nécessaire de trouver une solution acceptable au problème de l'ingestion d'alcool en relation avec la circulation . L'attitude des pays à l'égard de l'alcool, l'intensité de la circulation et la conception générale de la justice, préventive ou punitive, conduisent les différents pays ou états à aborder le problème sur un plan national . Il ne saurait exister de solution unique .

On voit donc que le Comité d'Experts de l'Alcool a un grand rôle à jouer dans la lutte contre l'alcoolisme, par ses recherches dans les domaines pharmacologiques et métaboliques, avec les applications thérapeutiques que l'on peut ensuite tirer des recherches effectuées, par l'intérêt à porter aux investigations sur les conséquences de l'alcoolisme sur la circulation routière par exemple . Ce dernier domaine d'exploration a suscité la promulgation de lois dans tous les pays : en France, la loi du 15 Avril 1954 en est l'illustration, avec son article 13 sur la réquisition des médecins chargés d'effectuer les examens cliniques (fiche B) et l'analyse de sang (fiche C) déterminant le taux d'alcoolémie d'un conducteur victime ou cause d'un accident de la voie publique .

Le Professeur Robert DEBRE a, pour la France, toujours, proposé très récemment que le taux légal d'alcoolémie maximum admise soit fixé à 0,80 g par litre . Il aimerait aussi que soit généralisé l'alcotest dans notre pays .

BUREAU INTERNATIONAL CONTRE L' ALCOOLISME

Après les Experts, il est un mode d'action qui vient tout naturellement, c'est le Bureau International contre l'alcoolisme, de par sa conception . Le Bureau International a son siège à LAUSANNE (SUISSE). Il a été remis en activité à partir de 1948 et surtout 1950, sous l'impulsion de Archer TONGUE, et est maintenant appelé CONSEIL INTERNATIONAL SUR LES PROBLEMES DE L'ALCOOLISME .

Le Bureau International est un organisme non gouvernemental . Depuis 1968, cet organisme a été accepté par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une sorte d'Agence officielle de l'O.M.S., qui peut être convoquée à titre d'expert pour des travaux ou des discussions .

Le Bureau International tient des assemblées périodiques, participe à l'organisation de cours d'été, et à la distribution de fonds aux pays nécessiteux . C'est donc un mode d'action efficace .

C'est au cours d'une Assemblée du Bureau international contre l'alcoolisme, en 1952, à PARIS, que fut décidée la création du mouvement " Vie libre " mouvement d'anciens alcooliques, regroupant au départ deux groupes de malades, ceux suivis en post-cure par le Docteur LECOQ à SAINT GERMAIN EN LAYE, regroupés dans un mouvement baptisé L'Entr'Aide, et des éléments de la consultation de cure ambulatoire du Docteur AITOFF, au Comité National de Défense contre l'Alcoolisme, groupés eux, sous la raison sociale : " L'Amicale du 147 " (147, Boulevard Saint Germain) .

CONGRÈS - COLLOQUES - SYMPOSIA

Une des actions les plus spectaculaires, du moins aux yeux du grand public par son caractère de déplacement massif, ou des plus efficaces par cequ'elle suscite comme recherches et entraîne comme progrès est constituée par toutes les réunions internationales organisées, ou simplement patronnées par l'Organisation Mondiale de la Santé, sur le thème de l'alcoolisme et des moyens de lutte contre celui-ci .

Ces réunions sont baptisées collogues, congrès ou symposia, selon les cas . Le colloque comprend, en principe, un nombre plus restreint de membres qui visent à l'étude d'une question scientifique . Dans un congrès, les délégués de divers pays délibèrent sur des études communes . Au cours d'un symposium un même sujet est traité successivement par plusieurs auteurs . (LAROUSSE).

Des colloques nombreux ont eu lieu, dont par exemple quatre entre 1951 et 1960, les lieux et l'importance de ceux-ci étant variables, entre autres COPENHAGUE en 1951 et NOORDWIJK AAN ZEE (Pays-Bas) en 1954 en furent les sièges .

Les Congrès voient aussi diverses villes les accueillir, villes d'Europe comme STOCKHOLM, mais aussi et plus récemment des villes d'Amérique Latine où l'on peut constater un éveil de l'intérêt vis à vis du problème de l'alcoolisme . C'est ainsi que SANTIAGO du CHILI vit, en 2 Août 1966, le dernier Congrès . Le prochain devrait se tenir à SYDNEY (AUSTRALIE) et c'est là un aspect remarquable de ces rassemblements que d'en découvrir de plus en plus l'universalité, matérialisée tant par l'origine des participants que par les lieux de rencontre de plus en plus variés .

Dans le cadre des symposia, la palme revint au au Premier Symposium international de COPENHAGUE, en 1951, dont découla pratiquement toute la suite de l'action de l'O.M.S. contre l'alcoolisme et la prise de conscience internationale du problème .

L'importance de ces diverses réunions apparaît clairement dans les décisions prises par les participants qui peuvent aborder, à l'échelon mondial, les divers aspects de l'alcoolisme, confronter les résultats, provoquer des recherches et des études, évaluer la progression ou la régression du phénomène, en déterminer les caractéristiques, en envisager les nouveaux modes de traitement, établir les programmes des modes d'action à prévoir, des mesures à prendre, et décider des orientations à suivre, des conseils à donner .

CONSEILS AUX GOUVERNEMENTS

Ces conseils à donner nous amènent à parler de ceux que l'Organisation Mondiale de la Santé prodiguent aux gouvernements de façons variées depuis 1953. Il peut s'agir de conseils fournis par l'O.M.S. dans ses rapports techniques ou autres publications, ou de conseils généraux, fruits des délibérations d'une réunion .

Un autre type de conseil donné aux gouvernements procède du désir de ces derniers d'obtenir de l'Organisation des éclaircissements, des idées ou des suggestions, les gouvernements eux-mêmes en faisant alors la demande .

Un exemple précis et récent illustrera ce mode d'action de l'O.M.S. : en 1968, le gouvernement espagnol fit au bureau régional d'Europe de l'O.M.S. (COPENHAGUE) une demande pour que lui soit envoyé un représentant de l'O.M.S. en vue d'obtenir des conseils relatifs à la lutte contre l'alcoolisme en Espagne .

Un représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé, en l'occurence le Docteur Pierre FOUQUET, de PARIS, psychiatre consultant auprès du Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme et membre du Comité d'Experts de l'Alcool de l'O.M.S. fut donc désigné pour se rendre en Espagne, prendre contact avec les personnalités intéressées par le problème et faire une série de conférences à LA CORUNA, puis à CORDOUE, en Novembre 1968. Il doit retourner - à BILBAO cette fois - en Juin 1968, pour poursuivre ces entretiens . Au cours de ces contacts avec les autorités locales, sont donnés des conseils, des avis techniques, des suggestions : créations de dispensaires d'Hygiène mentale par exemple et toutes mesures propres à provoquer fdes études, des recherches : envoi de représentants espagnols à WASHINGTON, création de bourses d'études, etc .....

Ces conseils qux gouvernements, adaptés aux besoins locaux, débouchent donc sur des progrès envisageables dans la lutte contre l'alcoolisme et sont d'excellents moyens d'éclairer les pays sur la direction à donner à leur action .

PUBLICATIONS ET INFORMATIONS

L'Organisation Mondiale de la Santé émet un grand nombre de publications, dont les plus connues sont le Bulletin, la Chronique O.M.S., les Séries de rapports techniques . Il est possible dans ces publications de trouver les conceptions nouvelles relatives au problème de l'alcoolisme . Il existe d'autres publications O.M.S. plus générales, ou spécialisées dans d'autres domaines comme par exemple les rapports épidémiologiques et démographiques, les actes officiels, les recueils internationaux de législation sanitaire .

Enfin une revue patronnée par l'O.M.S. existe, la revue SANTE DU MONDE, qui traite des problèmes les plus divers dont l'alcoolisme entre autres, sujet traité dans un numéro spécial de Janvier 1966 par exemple .

Dans le cadre de l'information, l'O.M.S. peut patronner des campagnes de sobriété, télévisées ou radiodiffusées, ou par panneaux au bord des routes . Elle peut aussi aider à la diffusion de leurs informations les ligues anti-alcooliques et les Comités nationaux de Défense contre l'alcool .

ARCHIVES

L'O.M.S. a constitué, en grande partie grâce encore à la contribution de JELLINEK, un précieux fichier extrêmement détaillé et complet, comprenant les résumés de publications diverses concernant les problèmes de l'alcool .

Ce fichier fut ensuite répandu, par l'intermédiaire de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans les bibliothèques du monde entier et reste tenu à jour dans la bibliothèque de l'O.M.S. où l'on peut à tout moment le consulter pour obtenir toute référence bibliographique souhaitable .

F I L M

L'Organisation Mondiale de la Santé a sorti un film de court métrage, inspiré par JELLINEK, intitulé : " LE VERRE A LA MAIN " . Film montrant, bien sûr, les dangers et les conséquences de l'alcoolisme et incitant à la sobriété .

Ce film nous donne une nouvelle occasion de prononcer le nom du Docteur E.M. JELLINEK, et il n'est pas possible de parler d'action de l'O.M.S. dans la lutte contre l'alcoolisme

sans s'attarder un instant sur la personne de cet homme, aujourd'hui décédé, qui eut une telle influence sur tous les travaux de l'O.M.S. à partir de 1948 dans le domaine de l'alcoolisme . Nous avons signalé que JELLINEK fut à l'origine des premiers travaux effectués aux Etats-Unis dès 1940. Il publia de nombreux articles dans le " Quaterly Journal of Studies on Alcoholism " et ses écrits eurent toujours un retentissement important, comme " The disease concept of alcoholism " publié aux Hillhouse Press en 1960. Il fut le grand promoteur des Collogues et de maintes autres rencontres . Il contribua également à l'établissement du fichier de publications sur le problème de l'alcool . Au total, le Professeur E.M. JELLINEK, qui était Expert-Conseil pour l'alcoolisme à l'O.M.S. fut assurément un des plus grands alcoologues de notre temps et il est pour beaucoup dans les progrès réalisés dans la lutte contre le phénomène alcoolique . Il est à noter que le dernier Symposium sur l'alcool et l'alcoolisme organisé en Août 1966 par le gouvernement et l'université du CHILI, avec l'appui de l'O.M.S., fut dédié au Professeur JELLINEK . Le rapport de cette rencontre contiendra d'ailleurs des informations sur la vie et l'influence de JELLINEK, réunies par le Dpcteur Robert POPHAM, de la Fondation pour la recherche sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues, de TORONTO (CANADA).

SERVICES CONSACRÉS AU PROBLEME DE L'ALCOOL

Après ces dernières activités, dont la nécessité la valeur et l' "impact" ne sont certes pas à démontrer, mais dont l'application pratique et l'efficacité immédiate sont plus difficiles à percevoir, nous allons envisager le dernier mode d'action dont l'utilité apparaît clairement . Il s'agit des Services consacrés aux problèmes de l'alcool qui dépendent, en principe, des gouvernements, mais sont suscités, patronnés ou supervisés par l'O.M.S. éventuellement . De nombreux gouvernements ont aussi prévu des programmes pour traiter la dépendance à l'égard de l'alcool et pour organiser l'éducation préventive et la recherche .

En Finlande et dans les pays scandinaves, ces mesures comprennent le monopole partiel ou total de la production et de la distribution des boissons alcoolisées et l'Etat dirige aussi bien la prévention à l'échelon local que tous les centres de traitement . Des commissions municipales sont guidées par des conseillers régionaux dépendant du Ministère des Affaires sociales . En 1950 a été créée la Fondation finlandaise d'études sur les effets de l'alcool qui a entrepris de nombreuses recherches et fondé des dispensaires expérimentaux de traitement .

En Suisse, les organismes publics et privés chargés du traitement et de la prévention de la dépendance à l'égard de l'alcool sont représentés au sein d'une commission fédérale et reçoivent des subventions fédérales et cantonales .

Aux Pays-Bas, les programmes sont exécutés principalement par des consultations médico-sociales (externes) recevant des subventions et soumises à un contrôle de l'Etat mais administrées par des organismes privés .

En France, le traitement dépend du Ministère de la Santé Publique, mais la prévention et l'éducation sont assurées par des organismes indépendants, officiels ou privés . Les dispensaires de santé mentale sont chargés depuis 1955 du dépistage, du traitement ambulatoire et de la post-cure des malades alcooliques sortant de l'hôpital. Le Haut Comité d'Etudes et d'information sur l'alcoolisme, créé en 1954, conseille les autorités sur les dispositions à prendre pour combattre l'alcoolisme et entreprend diverses recherches .

En Pologne, un Comité national de lutte contre l'alcoolisme a été institué, subventionné par le Ministère de la Santé et organisant centres de traitement et information du public .

En Tchéco-Slovaquie, un Comité central, créé en 1957 au sein du Ministère de la Santé, a un rôle consultatif et coordonne, contrôle et prend les initiatives nécessaires .

En U.R.S.S., on s'efforce, depuis 1954, de créer un climat d'intolérance à l'égard du comportement anti-social des alcooliques et par là d'accroître le nombre de ceux qui cherchent à se faire traiter .

sans s'attarder un instant sur la personne de cet homme, aujourd'hui décédé, qui eut une telle influence sur tous les travaux de l'O.M.S. à partir de 1948 dans le domaine de l'alcoolisme . Nous avons signalé que JELLINEK fut à l'origine des premiers travaux effectués aux Etats-Unis dès 1940. Il publia de nombreux articles dans le " Quaterly Journal of Studies on Alcoholism " et ses écrits eurent toujours un retentissement important, comme " The disease concept of alcoholism " publié aux Hillhouse Press en 1960. Il fut le grand promoteur des Collogues et de maintes autres rencontres . Il contribua également à l'établissement du fichier de publications sur le problème de l'alcool . Au total, le Professeur E.M. JELLINEK, qui était Expert-Conseil pour l'alcoolisme à l'O.M.S. fut assurément un des plus grands alcoologues de notre temps et il est pour beaucoup dans les progrès réalisés dans la lutte contre le phénomène alcoolique . Il est à noter que le dernier Symposium sur l'alcool et l'alcoolisme organisé en Août 1966 par le gouvernement et l'université du CHILI, avec l'appui de l'O.M.S., fut dédié au Professeur JELLINEK . Le rapport de cette rencontre contiendra d'ailleurs des informations sur la vie et l'influence de JELLINEK, réunies par le Docteur Robert POPHAM, de la Fondation pour la recherche sur l'alcoolisme et la dépendance à l'égard des drogues, de TORONTO (CANADA).

SERVICES CONSACRÉS AU PROBLEME DE L'ALCOOL

Après ces dernières activités, dont la nécessité la valeur et l' "impact" ne sont certes pas à démontrer, mais dont l'application pratique et l'efficacité immédiate sont plus difficiles à percevoir, nous allons envisager le dernier mode d'action dont l'utilité apparaît clairement . Il s'agit des Services consacrés aux problèmes de l'alcool qui dépendent, en principe, des gouvernements, mais sont suscités, patronnés ou supervisés par l'O.M.S. éventuellement . De nombreux gouvernements ont aussi prévu des programmes pour traiter la dépendance à l'égard de l'alcool et pour organiser l'éducation préventive et la recherche .

En Finlande et dans les pays scandinaves, ces mesures comprennent le monopole partiel ou total de la production et de la distribution des boissons alcoolisées et l'Etat dirige aussi bien la prévention à l'échelon local que tous les centres de traitement . Des commissions municipales sont guidées par des conseillers régionaux dépendant du Ministère des Affaires sociales . En 1950 a été créée la Fondation finlandaise d'études sur les effets de l'alcool qui a entrepris de nombreuses recherches et fondé des dispensaires expérimentaux de traitement .

En Suisse, les organismes publics et privés chargés du traitement et de la prévention de la dépendance à l'égard de l'alcool sont représentés au sein d'une commission fédérale et reçoivent des subventions fédérales et cantonales .

Aux Pays-Bas, les programmes sont exécutés principalement par des consultations médico-sociales (externes) recevant des subventions et soumises à un contrôle de l'Etat mais administrées par des organismes privés .

En France, le traitement dépend du Ministère de la Santé Publique, mais la prévention et l'éducation sont assurées par des organismes indépendants, officiels ou privés . Les dispensaires de santé mentale sont chargés depuis 1955 du dépistage, du traitement ambulatoire et de la post-cure des malades alcooliques sortant de l'hôpital. Le Haut Comité d'Etudes et d'information sur l'alcoolisme, créé en 1954, conseille les autorités sur les dispositions à prendre pour combattre l'alcoolisme et entreprend diverses recherches .

En Pologne, un Comité national de lutte contre l'alcoolisme a été institué, subventionné par le Ministère de la Santé et organisant centres de traitement et information du public .

En Tchéco-Slovaquie, un Comité central, créé en 1957 au sein du Ministère de la Santé, a un rôle consultatif et coordonne, contrôle et prend les initiatives nécessaires .

En U.R.S.S., on s'efforce, depuis 1954, de créer un climat d'intolérance à l'égard du comportement anti-social des alcooliques et par là d'accroître le nombre de ceux qui cherchent à se faire traiter .

L'Institut Central de recherche et d'éducation sanitaire est chargé d'appliquer le programme national .

En Espagne, des centres de consultations et de traitement se sont ouverts depuis 1960.

En Italie, la province de MILAN a créé onze centres thérapeutiques avec consultations externes et hospitalisation .

En Grande Bretagne, le Ministère de la Santé a créé des services de traitement de l'alcoolisme dirigés par les conseils régionaux des hôpitaux .

Presque tous les états, aux Etats-Unis, ont un programme contre la dépendance à l'égard de l'alcool, dont l'exécution est confiée à une commission indépendante ou rattachée aux services sanitaires ou hospitaliers . Le service de Santé Publique subventionne, conseille et guide les programmes de chaque état à l'échelon fédéral .

Au Canada, deux faits sont à noter : les pouvoirs donnés à la Fondation pour la Recherche sur l'Alcoolisme et la Toxicomanie, dans l'Ontario, afin qu'elle mette sur pied un programme complet, comprenant la recherche et l'institution d'un vaste programme de traitement et de réadaptation par le Ministère de la Santé du Québec .

En Amérique Latine, ont été entreprises diverses activités . Des programmes municipaux existent en Argentine . Au Brésil, des enquêtes par district ont été faites par un sous-comité de l'alcoolisme avant d'installer les services nécessaires . Au Chili, les troubles mentaux sont soignés dans des centres locaux auxquels on adjoint des sercices de traitement et de réadaptation . L'intégration dans les services de santé publique est le principe essentiel de ce système . Au Guatémala, un programme complet de prévention et de traitement est mis en oeuvre . Une commission de l'alcoolisme existe à Costa Rica soutenue par l'Etat et par une aide bénévole .

En Australie, chaque état a son propre programme .

Le Queensland a un Comité de coordination des autorités de la santé et de l'éducation, Nouvelles Galles du Sud et l'Etat de Victoria ont des Fondations pour la recherche et le traitement de l'alcoolisme .

Sur l'énumération de ces services s'imposent deux considérations . La première est que, même dans les régions où les services sont implantés, ils n'atteignent qu'un faible pourcentage de malades . Ce qui n'enlève rien à leur valeur qualitative, ces sercices de traitement et de réadaptation étant, au bout du compte, un excellent mode d'action dans la lutte contre l'alcoolisme . Mais on voit combien il est important d'installer des services supplémentaires parfaitement coordonnés et adaptés à des programmes intensifs de prévention, et de santé publique. La nature de ces services doit s'harmoniser aux besoins tels qu'on les conçoit sur place, c'est à dire tenir compte de la mentalité locale et du fait que certains services préexistants peuvent participer immédiatement au dépistage . Il faut reconnaître que l'Organisation Mondiale de la Santé est exceptionnellement bien placée pour conseiller les pays en cette matière .

La deuxième considération est celle qui a entraîné toute l'évolution de ces dernières années dans la conception du problème de la dépendance à l'égard de l'alcool . Elle résulte de la constatation suivante : parmi les services que nous devons envisager dans un rapide survol, il en est dont on s'aperçoit qu'ils incluent dans leur programme plusieurs types de dépendance, et en particulier la dépendance à l'égard des drogues engendrant la toxicomanie (selon la conception habituelle de celle-ci). Et la dépendance à l'égard de l'alcool . L'un des principaux exemples en est la Fondation pour la Recherche sur l'Alcoolisme et la Toxicomanie de TORONTO, ONTARIO (CANADA) dirigée par H.D. ARCHIBALD .

De 1949 à 1963, cet organisme créé par la loi avait mis en oeuvre un programme prévoyant la recherche, l'éducation préventive de la population, des cours universitaires, des ser - vices de réadaptation et de traitement .

En 1963, la législation régissant les activités de la Fondation a été modifiée de telle sorte que toutes ses opérations s'étendent maintenant à la dépendance vis à vis des autres drogues . La Fondation a contribué puissamment à une meilleure compréhension au niveau international des problèmes relatifs à la dépendance .

Par ailleurs, au Royaume Uni, certains services dépendant du Ministère de la Santé sont officiellement destinés à recevoir aussi bien les sujets sous la dépendance de l'alcool que les personnes qui s'adonnent à d'autres drogues . C'est le cas, par exemple, du service régional de l'alcoolisme et de la toxicomanie du North West Metropolitan Regional Hospital Board .

Aux U.S.A. a été récemment créée la Section d'Alcoolisme et d'abus des drogues de la branche Recherche et Utilité Publiques de l'Institut National de Santé Mentale .

On perçoit donc, à travers ces exemples, que le problème de l'alcool est parfois étroitement associé à celui des autres drogues et qu'on a pu en arriver à envisager une approche commune des deux types de dépendance . Ce qui va nous amener, après avoir ainsi étudié la lutte de l'Organisation Mondiale de la Santé contre l'alcool (seul) à aborder l'action menée contre l'alcool dans le cadre plus vaste d'une lutte contre l'alcool et les autres drogues.

3.- LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME DANS LE CADRE DE LA DEPENDANCE A L'EGARD DES DROGUES

Pour comprendre l'esprit dans lequel l'évolution progressive vers une approche commune des problèmes posés par la dépendance à l'égard de l'alcool et par la dépendance à l'égard des autres drogues s'est faite depuis quinze ans, il convient d'effectuer un survol historique des décisions successives qui ont jalonné cette évolution, et de revenir aux diverses assemblées que nous avons appris à connaître, depuis la Section de Santé Mentale jusqu'au Comité d'Experts de l'Alcool en passant par le Sous-Comité de l'Alcoolisme .

Dans son premier rapport, le Comité O.M.S. d'experts de la Santé Mentale avait mentionné que devaient être compris dans le mandat de ce Comité les moyens de prévenir et de traiter la toxicomanie, alcoolisme y compris . Mais il avait recommandé la formation de deux sous-comités distincts. l'un s'occupant de l'alcoolisme, l'autre de la toxicomanie, car ces problèmes, disait le rapport, s'ils présentent des points communs, comportent néanmoins des différences importantes . Les deux Comités ont examiné en réunion conjointe les soins et les traitements à donner aux toxicomanes .

En 1953, le Comité O.M.S. d'experts de l'alcool, estimant que celui-ci ne peut être classé parmi les drogues engendrant la toxicomanie, a décidé de le faire figurer dans une catégorie distincte, intermédiaire entre les drogues engendrant la toxicomanie et les drogues engendrant la dépendance .

L'année suivante, l'O.M.S. a convoqué un comité d'experts de l'alcool, pharmacologues, physiologistes et psychiatres, qui ont confirmé les multiples différences tout en admettant les rapprochements entre alcoolisme et toxicomanie, et ont admis que les réactions provoquées par le sevrage offrent plus de ressemblance qu'on ne le pensait jusque là.

En 1963, une recommandation du Comité d'Experts des Drogues engendrant la toxicomanie visant à substituer le terme

dépendance aux termes accoutumance et toxicomanie a été généralement bien accueillie.

La dépendance est définie par un groupe O.M.S. scientifique comme " l'état qui résulte de l'absorption continuellement ou périodiquement répétée d'une certaine drogue " . Ses caractéristiques varient beaucoup d'un groupe de substances à l'autre ; aussi est-il indispensable de bien préciser les types de dépendance. L'alcool est cité parmi les types généraux qui provoquent un ensemble d'effets pharmacodynamiques suffisamment uniformes pour qu'on puisse définir le genre de dépendance avec précision .

Ainsi donc, il est progressivement apparu qu'il y avait de bonnes raisons de considérer ensemble les divers types de dépendance . Cette conception a été acceptée tant par les chercheurs que par les responsables des services de prévention et de traitement .

Lorsqu'il s'est agi de réunir un Comité d'Experts pour examiner les problèmes posés par la dépendance à l'égard de l'alcool, il a fallu décider si les discussions devaient s'étendre à d'autres drogues . Il devint évident qu'il fallait s'efforcer de convaincre les autorités de placer sur un même plan les problèmes posés par l'alcool et l'alcoolisme et ceux qui résultent de l'abus des drogues, et ce, pour diverses raisons :

1.- Dans les deux cas, malgré des divergences législatives, l'étiologie, le traitement et l'inspiration générale des programmes d'éducation préventive sont comparables .

2.- Les drogues sont souvent prises en association, par exemple les barbituriques avec l'héroïne ou l'alcool et le passage d'une drogue à l'autre est fréquent .

3.- On pourrait appliquer à l'abus des drogues, que l'on connaît beaucoup moins, bien des études effectuées sur l'alcoolisme .

4.- L'alcoolique est maintenant de plus en plus considéré comme un malade plutôt que comme un coupable par les autorités et l'opinion publique, mais les preneurs de drogues n'ont pas bénéficié du même changement d'attitude .

La nature et l'ampleur du problème, définies par le type de dépendance et les modalités de l'emploi normal et abusif, varient largement d'un pays à l'autre, mais certains facteurs, comme le passage relativement fréquent d'une drogue à l'autre, l'abus assez courant de plusieurs drogues associées, la complexité et la mobilité des pratiques abusives, la mise au point rapide de nouveaux médicaments se prêtant à un emploi abusif, obligent à considérer la dépendance à l'égard de l'alcool et la dépendance à l'égard des autres drogues comme deux aspects d'un même problème dont le facteur commun est un certain asservissement psychique .

Telle est donc la ligne générale d'opinion qui s'est faite jour au cours des quinze dernières années quant à la conception de la dépendance à l'égard de l'alcool et des autres drogues . L'action de l'O.M.S. dans la lutte contre l'alcoolisme s'est donc vue orientée, dans une certaine mesure, sur une voie qui ne s'arrête pas à l'alcool mais se prolonge vers un domaine voisin, celui de l'abus d'autres drogues, pratiqué parallélement .

La question est simplement de savoir si cette conception mène à une action plus efficace dans les deux domaines, si le rendement de la lutte en est amélioré sur les plans qualitatifs ou quantitatifs .

POSITION ACTUELLE DU PROBLEME

Une approche commune des deux sortes de dépendance ne convient pas également à tous les aspects de la question . Tout dépend des conditions locales, telles que la structure sociale, les

attitudes individuelles et culturelles, l'incidence et la pré - valence de la dépendance vis à vis de certains agents .

En général, l'approche commune est parfaitement valable pour la recherche un peu moins pour le traitement et l'éducation préventive et encore moins pour le contrôle .

Ceux qui traitent les cas de dépendance à l'égard de l'alcool sont souvent obligés de s'intéresser aux problèmes de la dépendance à l'égard des autres drogues, car un certain nombre d'alcooliques abusent également d'autres substances . On distingue, dans ce domaine, deux catégories de pays alcooliques : dans les pays où l'on boit des spiritueux, l'alcoolique est généralement à prédominance de type psychogène, c'est à dire qu'une psychopathie préexiste à la maladie . Dans les pays où le vin est la boisson prédominante, l'alcoolique le plus représenté est du type sociogène, la maladie ayant alors généralement ses causes dans une situation sociale et culturelle . L'abus simultané de l'alcool et de barbituriques ou d'autres drogues, telles les amphétamines, ou le passage de l'alcool aux autres, semble très répandu parmi les alcooliques psychogènes . Un tel transfert est beaucoup plus rare parmi les alcooliques sociogènes, en France par exemple .

La dépendance à l'égard de l'alcool et la dépendance à l'égard des barbituriques ou de certains autres dépres - seurs du système nerveux central se ressemblent tellement qu'on peut les réunir en un même chapitre . Dans les deux cas, les symptômes d'intoxication et le syndrome d'abstinence sont très voisins . Et l'emploi alterné de sédatifs et de stimulants est fréquent, y compris parmi les sujets sous la dépendance de l'alcool.

L'expérience acquise dans le contrôle de la distribution de l'alcool, régime de prohibition ou autres dispositions légales, sera peut-être utilisable pour lutter contre l'abus des autres drogues . Réciproquement, l'expérience accumulée en contrôlant certaines autres drogues grâce à des accords internationaux pourra aider à la mise au point des mesures de répression contre la consommation abusive de l'alcool . Cette lutte contre l'alcool pose d'ailleurs des problèmes particulièrement complexes puisque, con - trairement aux autres drogues, cette substance utilisée légalement comme boisson dans presque tous les pays. Il est important que la législation prévoit une coopération étroite entre les autorités

chargées de réglementer la production, l'importation, la vente en détail et la taxation des boissons alcooliques .

Les problèmes multiples posés par l'étiologie, la prévention, le contrôle et le traitement de la dépendance dépassent la compétence d'une seule profession ou d'un seul groupe spécialisé . Seule une approche multidisciplinaire peut faire espérer une solution .

Un programme de traitement doit donc faire appel à des omnipraticiens, des psychiatres, spécialistes de médecine interne, travailleurs sociaux, sociologues, psychologues cliniques, infirmières et ergo-thérapeutes . Un programme de prévention, encore plus complexe, exige la collaboration de sociologues, ethnologues, épidémiologistes, économistes, éducateurs, administrateurs, industriels, dirigeants syndicaux, criminologistes, magistrats, législateurs, juristes, policiers, ecclésiastiques et historiens .

Enfin, la recherche fait encore intervenir d'autres disciplines telles que la pharmacologie, la toxicologie, la chimie biologique et la physiologie .

En ce qui concerne l'action internationale, il ressort qu'une coopération croissante avec les organes nationaux de contrôle est nécessaire, que l'Organisation mondiale de la Santé a un grand rôle à jouer dans l'impulsion qu'elle donne à des programmes internationaux coordonnés de recherches multidisciplinaires et dans l'encouragement à la coopération et aux échanges d'informations, en convoquant par exemple des représentants d'autres organismes internationaux à ses réunions .

Au total, la position actuelle du problème de la dépendance à l'égard du l'alcool et des autres drogues montre que l'approche commune des divers types de dépendance met en évidence un faisceau d'arguments tendant à présenter cette conception comme bénéfique pour la lutte sur les deux plans, de l'alcool et des autres drogues . Il doit, bien sûr, être très scrupuleusement tenu compte de la situation locale de chaque pays, le contexte social différent nécessitant une action chaque fois différenciée .

Là encore, les renseignements et les conseils que l'Organisation Mondiale de la Santé peut fournir font de ces activités un mode d'action particulièrement efficace dans la lutte contre ces fléaux .

CONCLUSIONS

1° - L'action internationale contre l'alcoolisme n'a véritablement commencé que depuis la création de l'Organisation Mondiale de la Santé . Celle-ci continue de jouer un rôle prépondérant dans cette lutte .

2° - Les moyens mis en oeuvre sont très divers : réunions d'experts, recommandations aux gouvernements, conseils techniques, information dans son sens le plus large .

3° - Une orientation nouvelle se dessine depuis 1953 vers une approche commune des problèmes relevant de la dépendance à l'égard des drogues . Bien que l'alcool ne soit pas une drogue mais un toxique, il semble que cette façon d'envisager l'action internationale permette d'obtenir des résultats positifs .

VU et permis d'imprimer :

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

C. B R O U E T

Le PRESIDENT de la THESE :

C. B L A N C H E R

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C H E

BIBLIOGRAPHIE

- EVOLUTION DE L'ALCOOLISME

- Eloge de l'alcoolisme et naissance de l'alcoologie . Pierre FOUQUET (Revue Alcool ou Santé N°82, N°2, 1967).

- Alcool et religions. Pierre FOUQUET (Revue de l'alcoolisme, Tome XI, N°2, p.81 à 92, PARIS, 1965).

- L'Eglise catholique romaine dans un pays de viticulture . FOUQUET et CHAMPEAU, 28ème Congrès international sur l'alcool et l'alcoolisme . WASHINGTON, Sept. 1968, Sect.U.

- Dictionnaire de la Bible, Tome V, 2ème partie, PARIS, 2422 à 2432 (Edition française) .

- L'alcoolisme. Cure de désintoxication . Cure de dégoût et d'interdiction . Brochure des laboratoires CHABRE .

- Névroses alcooliques . Pierre FOUQUET. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie, 37. 380 C 10.

- Contribution à l'étude de certains groupes thérapeutiques chez les alcooliques. ORSEL. Thèse de Doctorat en médecine PARIS, Avril 1968.

- Rapport sur l'alcoolisme. Dr A. CAVAILLON. Commission intérimaire de l'O.M.S. 30 Août 1947.

- L'ALCOOLISME DANS LE MONDE :

- P. PERRIN. Chacun son métier. Revue de l'alcoolisme, t.9 N° 1, 1963.

- E. MAY. 2ème Rapport sur l'alcoolisme, 1959, p.201.

Morbidité .

- Annuaire statistique de la France . INSEE , 1966.

- Le médecin du travail et l'alcoolisme, J. GODARD 1966.

- Communication à l'Académie de Médecine sur le seuil nocif d'alcoolémie. M. MALMEJAC (PARIS, Mars 1963).

- Les boissons en milieu industriel, B. METZ (STRASBOURG). Bulletin de l'I.N.S.E.R.M. N°4, 1964.

- Traitement de l'alcoolisme chronique et essai de lutte anti-alcoolique au SENEGAL.

Thèse de Doctorat en médecine, Diop LAMINE, 1956.

- " Santé du Monde " Magazine de l'Organisation mondiale de la Santé, Numéro spécial Alcool, Janvier 1966.

- LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

- Développement des programmes de santé mentale. 10ème Rapport du Comité d'experts de la santé mentale. O.M.S. Série de rapports techniques, N°223, 1961, GENEVE .

- Services de Prévention et de traitement de la dépendance à l'égard de l'alcool et des autres drogues. XIV° rapport du Comité O.M.S. d'experts de la santé mentale. Série de rapports techniques N°363, 1967, GENEVE .

- Premier rapport du Comité d'experts de l'alcool. O.M.S. Série de rapports techniques N°84, 1954, GENEVE .

- Colloque Européen sur l'alcoolisme, COPENHAGUE, Oct. Nov. 1951. Bureau régional O.M.S. de l'Europe, 1954.

- DEPENDANCE A L'EGARD DE L'ALCOOLISME ET DES AUTRES DROGUES :

- The disease concept of alcoholism. E.M. JELLINEK. NEW HAVEN Connecticut 1960. Hillhouse Press.

- Alcoolisme et dépendance à l'égard des drogues .
Chronique O.M.S. Vol. 21, N°7, Juillet 1967, GENEVE.

- Notion de dépendance. N.B. EDDY, H. HALBACH, H. ISBELL et M.A. SEEVERS .
Bulletin O.M.S., 1965, GENEVE.